



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Desgaste profesional y registro de historias clínicas en
emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao,
2017.**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Carlos Palomino Basagoitia

ASESOR:

Dra. Violeta Cadenillas Albornoz

SECCIÓN:

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de Prestación de Servicios de Salud

PERÚ - 2018

Página del Jurado

Dr. Juan Mendez Vergaray
Presidente

Dr. Edwin Martinez lopez
Secretaria

Dra. Violeta Cadenillas Albornoz
Vocal

Dedicatoria

A mis padres, por su guía y apoyo permanente en este mundo.

A mi esposa, Mercedes, por estar siempre a mi lado, fuente inagotable de ejemplo y tesón.

A mis Hijas, Wendy y Gemma, por su alegría y luz de esperanza en nuestra vida.

Agradecimiento

A la Universidad Cesar Vallejo por la formación profesional recibida.

A mis profesores de la maestría por sus sabias enseñanzas.

A mis compañeros de la universidad Cesar Vallejo por permitirme compartir grandes momentos de aprendizaje mutuo.

A mis compañeros del Centro Medico Naval por su colaboración en el desarrollo de esta tesis.

Declaración de autenticidad

Declaración de Autoría

Yo, Carlos Alberto Palomino Basagoitia, estudiante de la Escuela de Postgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro que el trabajo académico titulado “Desgaste profesional y registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017”, presentada, en 161 folios para la obtención del grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 25 de mayo del 2017

Carlos Palomino Basagoitia

DNI: 08201130

Presentación

En cumplimiento a las exigencias formales de la Universidad Cesar Vallejo, presento a consideración de la ESCUELA DE POST GRADO la investigación titulada:

“Desgaste profesional y registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017”

Conducente a la obtención del Grado Académico de Magister en Gestión de Servicios de Salud. Esta investigación descriptiva correlacional asociativa constituye la culminación de los esfuerzos de los estudios de maestría. Considero que los resultados alcanzados van a contribuir a tomar medidas correctivas que favorezcan el adecuado registro de las historias clínicas de emergencia pediátrica.

La investigación se inicia con la introducción, en la primera parte se describe el problema de investigación, justificación y el objetivo , la segunda parte contiene antecedentes y el marco referencial , la tercera parte señala la hipótesis que nos da el punto de partida a este trabajo, la cuarta parte se denomina marco metodológico, la quinta describe los resultados, en la sexta sección presentamos la discusión, conclusiones y las recomendaciones, por último en la séptima parte las referencias bibliográficas y los apéndices.

El objetivo de la tesis es determinar la asociación entre el desgaste profesional y el registro de historias clínicas en los pediatras de emergencia pediátrica del Centro Medico Naval del Callao.

Señores miembros del jurado espero que esta investigación sea tomada en cuenta para su evaluación y aprobación.

El autor

Contenidos

Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Contenido	vii
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	13
1.1 Estudios Previos	14
1.2 Fundamentación de las variables	17
1.3 Justificación	40
1.4 Problema	42
1.5 Hipótesis	46
1,6 Objetivos	46
II. Marco Metodológico	
2.1 Variables	48
2.2. Operacionalización de variables	48
2.3. Metodología	51
2.4. Tipos de estudio	51
2.5. Diseño	51
2.6. Población, muestra y muestreo	53
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	55
2.8. Métodos de análisis de datos	63
2.9. Aspectos éticos	64

III. Resultados	65
IV. Discusión	85
V. Conclusiones	89
VI. Recomendaciones	91
VII. Referencias Bibliográficas	94
VIII. ANEXOS	101
Anexo A Matriz de consistencia	
Anexo B Instrumentos	
Anexo C Documentos de validación	
Anexo D Certificados de validez	
Anexo E Base de datos de la confiabilidad de variables	
Anexo F Base de datos	
Anexo G Base de datos de la confiabilidad de variables	
Anexo H Artículo científico	
Anexo I Constancia emitida por la institución que acredite la realización del estudio in situ	

Indice de tablas

	Pag.
Tabla 1 Matriz de operacionalización del desgaste profesional	49
Tabla 2 Matriz de operacionalización del registro de historia clínica	50
Tabla 3 Población de estudio	54
Tabla 4 Escalas y baremos de desgaste profesional	58
Tabla 5 Escalas y baremos de registro de historia clínica	61
Tabla 6 Validadores de instrumento de desgaste profesional	61
Tabla 7 Validadores de instrumento de registro de historia clínica	62
Tabla 8 Confiabilidad de instrumento de desgaste profesional	63
Tabla 9 Confiabilidad de instrumento de registro de historia clínica	63
Tabla 10 Distribucion de frecuencias de desgaste profesional	66
Tabla 11 Distribución de frecuencias de agotamiento emocional	67
Tabla 12 Distribución de frecuencias de despersonalización	68
Tabla 13 Distribución de frecuencias de falta realización personal	69
Tabla 14 Distribución de frecuencias de registro de historia clínica	70
Tabla 15 Distribución de frecuencias de estudio clínico	71
Tabla 16 Distribución de frecuencias de diagnostico	72
Tabla 17 Distribución de frecuencias de ex. aux. /evolución	73
Tabla 18 Distribución de frecuencias de tratamiento	74
Tabla 19 Distribución de frecuencias de evolución	75
Tabla 20 Distribución de frecuencias de atributos de la historia clínica	76
Tabla 21 Dependencia y significación entre desgaste profesional y registro de historia clínica	77
Tabla 22 Dependencia y significación entre agotamiento emocional y registro de historia clínica	78
Tabla 23 Dependencia y significación entre despersonalización y registro de historia clínica	79
Tabla 24 Dependencia y significación entre realización personal y registro de historia clínica	80

Índice de figuras

		Pág.
Figura 1	Distribución de frecuencias de desgaste profesional	66
Figura 2	Distribución de frecuencias de agotamiento emocional	67
Figura 3	Distribución de frecuencias de despersonalización	68
Figura 4	Distribución de frecuencias de falta de realización personal	69
Figura 5	Distribución de frecuencias de registro de historia clínica	70
Figura 6	Distribución de frecuencias de estudio clínico	71
Figura 7	Distribución de frecuencias de diagnóstico	72
Figura 8	Distribución de frecuencias de ex. aux. /evolución	73
Figura 9	Distribución de frecuencias de tratamiento	74
Figura 10	Distribución de frecuencias de evolución	75
Figura 11	Distribución de frecuencia de atributos de la historia clínica	76

Resumen

A continuación se presenta una síntesis de la investigación “Desgaste profesional y registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017”

El objetivo de la investigación estuvo dirigido a determinar la asociación entre el desgaste profesional y el registro de historias clínicas en la muestra estudiada. La investigación es de tipo básica, el alcance fue descriptivo correlacional asociativo y el diseño utilizado es no experimental, de corte transversal. La población fue de 21 pediatras, no hubo técnica de muestreo pues la muestra fue de 21 pediatras (la misma que la población) de emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao.

Para recolectar los datos se utilizaron los instrumentos de las variables: desgaste profesional a través del cuestionario validado de Maslach y registro de historias clínicas a través de la lista de chequeo propuesta en la Norma Técnica Nro 22- MINSA/DGSP – 2002 a través de la “Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de Emergencias “.Para ambos instrumentos se realizó la confiabilidad de Cronbach por tratarse de datos politómicos.

El procesamiento de datos se realizó con el software SPSS (versión 23). Se realizó el análisis descriptivo así como el análisis inferencial a través de la asociación de variables con chi cuadrado de Pearson, con un resultado de 42.0 interpretándose como significativa asociación entre las variables, con una $p = 0.00$ ($p < 0.05$), con el cual se rechaza la hipótesis nula por lo tanto los resultados señalan que existe asociación significativa entre la variable 1 y variable 2.

Palabras claves: Desgaste Profesional. Registro de Historia clínica. Emergencia Pediátrica.

Abstract

The following is a summary of the research work named "Burnout and medical records fulfilling in pediatric emergency of the Medical Center Callao Naval, 2017"

The objective of this investigation was to determine the relationship between professional burnout and medical records fulfilling in the sample studied. This was a basic type investigation, it was descriptive and associative correlational and it had a non-experimental, cross-sectional design. The used population was 21 pediatricians; there was no sampling technique because the sample was 21 pediatricians (the same as the population) at the pediatric emergency of the Naval Medical Center, Callao.

In order to collect the data, the following instruments were used: professional burnout through the validated Maslach questionnaire and medical records fulfilling through the checklist named "Audit Form for the Quality of Emergency Care" proposed in NT No. 22 - MINSA / DGSP - 2002. For both instruments the reliability of Cronbach was performed because it is a polytomic data.

Data processing was performed using SPSS software (version 23). The descriptive analysis was performed as well as the inferential analysis through the association with Pearson's square chi, with a result of 42.0, interpreted as a significant association between the variables, with a $p = 0.00$ ($p < 0.05$), With which the null hypothesis is rejected, therefore the results indicate that there is a significant association between variable 1 and variable 2.

Keywords: *Burnout. Record of clinical history. Pediatric Emergency*

I. Introducción

1.1 Estudios previos

En la investigación realizada se recurrió a una serie de fuentes bibliográficas tanto de origen electrónico como físico, tanto nacionales como del extranjero. Luego de la búsqueda, acopio, análisis e interpretación de la bibliografía, se determinó que las siguientes bibliografías abajo mencionadas son útiles para explicar las variables así como la relación entre las mismas.

1.1.1 Estudios previos internacionales

Beltrán (2013) , en su Tesis para optar el título de especialista en medicina de emergencia que lleva por Título *Evaluación de la calidad de Información recopilada en el Documento 008 de Pacientes Atendidos en la Sala de Emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín de la Ciudad de Quito* la misma que fue de tipo descriptivo, retrospectivo y correlacional y que tiene por objetivo determinar los diferentes tipos de errores cometidos en la redacción y recolección de datos de la Historia Clínica; con una muestra de 340 y 387 pacientes de cada hospital, utilizando la revisión directa de los documentos, encontró porcentajes de legibilidad del 100 al 89.4 %, de coherencia de la redacción de 95.5 al 91.1 %, de información completa de 69.5 al 52.05%. Concluyeron que la legibilidad era el aspecto más frecuente y que una historia clínica más sucinta daría lugar a mejor atención a los pacientes.

Babbott (2013), en su estudio con título *Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO study*, el que tiene por objetivo determinar las relaciones entre el número de funciones MEMO (Minimizar errores, Maximizar resultados), condiciones de trabajo y la satisfacción del médico, stress y burnout, con una muestra de 379 médicos y 92 gerentes de clínicas en Nueva York determinando el stress, burnout y satisfacción reportado por el médico y la intención de dejar la practica así como predictores que incluían presión del tiempo durante las visitas. Se usó un modelo de regresión de dos niveles para estimar la respuesta media de cada médico a los resultados ajustando para edad, sexo, especialidad, horas de trabajo y años usando la historia clínica electrónica, considerando los efectos de la historia clínica como pequeños, medianos o grandes, mostrando que aquellos con efectos moderados

mostraron más stress ($p=0.03$) y menor satisfacción ($p=0.006$) mientras que aquellos en los efectos grandes indicaron menor satisfacción ($p=0.01$) así como la presión del tiempo fue asociada con mas burnout, insatisfacción y deseo de dejar la practica solo entre el grupo de efectos altos. Concluyen que el stress puede aumentar en médicos con un número moderado de funciones en la historia clínica siendo la presión del tiempo asociada con pobres resultados en el grupo con altas funciones.

Abambari (2014), en su trabajo de tipo analítico, de corte transversal de prevalencia y factores asociados cuyo título es *Prevalencia y factores asociados a stress laboral en el personal del servicio de emergencia del hospital “José Carrasco Arteaga”*, cuyo objetivo fue encontrar la prevalencia y factores asociados a stress laboral en el personal que labora en emergencia del hospital “José Carrasco Arteaga” de la ciudad de Cuenca, Ecuador, estudiaron a 90 profesionales de la salud, encontrando una prevalencia de 12.2% de stress laboral; y del total el 16.6% presentaron agotamiento emocional, el 37.8% despersonalización y el 53.3% falta de realización personal encontrándose el consumo de alcohol como factor de riesgo leve. Se concluyó que se encontró una prevalencia notable de stress laboral en el servicio de emergencia.

Fonseca (2010) realizo un estudio cuyo título es *Residentes, guardias y síndrome de burnout* el mismo que es de carácter descriptivo, transversal y correlacional con el objetivo de investigar el grado de burnout entre los residentes de un hospital y los factores asociados al mismo. Encontró que el 69.7% de los residentes presentaba burnout, y que el número de guardias (5 o más) se relacionaba significativamente con burnout. Concluyo que el síndrome de burnout es de prevalencia elevada entre los residentes y se relaciona con el mayor número de guardias.

1.1.2 Estudios previos nacionales

Matzumura (2014), hace un trabajo de tipo descriptivo, prospectivo y transversal que lleva por Título *Evaluación de la Calidad de Registro de la Historia Clínica de Consultorio Externo del Servicio de Medicina Interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010 - 2011*. Este tiene por objetivo evaluar la calidad del

registro de Historia Clínica en Consultorio Externo y tuvo una muestra de 323 Historias Clínicas. Para el trabajo, se utilizó la observación documentaria directa y el llenado de ficha de datos. Este investigador encontró que un 63.8 % estaban llenados de manera aceptable, mientras que el 32.8 % estaban por mejorar. Además, los registros de diagnóstico y tratamiento fueron los más deficientes con 64.6 y 62.6% respectivamente. Concluye que más de la mitad de las historias cumple con calidad de registro aceptable.

Puecas (2012), realizó un trabajo de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal titulado *Calidad Técnica de las Historias Clínicas de los Pacientes Hospitalizados en u Hospital de ESSALUD de Chiclayo. 2010-2012* el cual tuvo como objetivo evaluar la calidad técnica de las Historias Clínicas de los cuatro Servicios de Hospitalización utilizando una muestra de 226 Historias; con la técnica de recolección directa de datos encontró que el porcentaje de cumplimiento de datos obligatorios va de 91.6 al 98.7% y el mayor porcentaje de incumplimiento es el de diagnóstico de ingreso; mientras que en cuanto a calidad de historias clínicas varia en buena del 12.4 al 3.9% y mala del 29.6 al 1.8 %. Concluye que la mayoría de las historias de buena calidad fue en el servicio de obstetricia y la evaluación total de la calidad arrojó un valor diferente a la bibliografía.

Rocano (2008), en su estudio que lleva por título *Evaluación de la Calidad de los Registros de Historia Clínica de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General*, determinó como objetivo evaluar la calidad de la Historia Clínica de pacientes fallecidos en Emergencia del Hospital Loayza de Lima, con una muestra de 86 Historias clínicas usando el Método de observación Directa y recolección en ficha, obtuvo que la totalidad de las Historias clínicas se clasificó como regular entre 48 a 64%; mientras que los datos incompletos se encontraron en filiación con 100%, firma 5%, Funciones Vitales 90 %. Concluye que las historias clínicas auditadas se calificaron como regulares.

Vasquez (2014) realizó un estudio denominado *Frecuencia de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el años 2014*, el mismo

que se trató de un estudio descriptivo y transversal cuyo objetivo fue determinar la frecuencia del síndrome de burnout y sus dimensiones en trabajadores del servicio de emergencia contando con un total de 54 trabajadores y utilizando el instrumento Maslach burnout inventory, encontró una frecuencia de 3.76% de síndrome de burnout así como niveles altos de despersonalización en 11.12%, niveles altos de agotamiento emocional de 12.97% y niveles bajos de realización personal de 14.18%, concluyendo que la falta de trabajo del cónyuge, sexo, condición laboral y tiempo de trabajo estaban relacionados significativamente con el síndrome de burnout.

1.2 Fundamentación de teoría y practica

1.2.1 Desgaste Profesional

Maslach y Jackson (1986), definieron el Desgaste Profesional como una enfermedad originada por cuadros persistentes de stress que suele presentarse en trabajadores de profesiones que están vinculadas con el trato directo a las personas las mismas que se encuentran con necesidades o situaciones de dependencia que requieren atención constante y especializada. Dentro de su descripción de este síndrome los mismos autores establecieron un modelo multidimensional con 3 dimensiones claramente definidas, las mismas que se conocen y aceptan formalmente como agotamiento emocional, despersonalización y disminución de realización personal.

Freunderberger (1974) describió por primera vez los síntomas de pérdida de energía, desmotivación, falta de interés en el trabajo y agotamiento en las personas que trabajaban con él en una Free Clinic en Nueva York y cuyo trabajo se caracterizaba por no tener un horario fijo, horas de trabajo prolongadas y sueldos escasos todo esto dentro de un ambiente social exigente que originaba tensión y mucho compromiso.

Según Maslach y Jackson (1976), dicho síndrome se configura como uno tridimensional, caracterizado por el agotamiento que son sensaciones de sobre-esfuerzo, despersonalización con actitudes de insensibilidad y baja realización personal con sentimientos de incompetencia profesional. Este

síndrome se define como uno que únicamente podría darse en profesionales, de manera específica con aquellos que realizaban trabajos relacionados con ayuda en área de salud y educación. Tal descubrimiento se dio a conocer en 1977, un año después de su publicación científica.

Pines, Aronson y Kafry (1981) afirmaron que el síndrome de desgaste es el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico en el trabajo, en situaciones emocionalmente demandantes.

Paine (1982) describió el síndrome de desgaste como una disminución cuantitativa y cualitativa para ejecutar la propia tarea; mientras que Brill (1982) la define como un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo en una persona, la cual no necesariamente padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien. Según esta definición, el síndrome se puede dar tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal. Cabe resaltar que este luego ya no puede ser conseguido de nuevo si no es por una intervención externa de ayuda o por un reajuste laboral, pues se encuentra estrechamente relacionado con las expectativas previas.

Teorías de desgaste profesional

Modelos De La *Teoría Sociocognitiva Del Yo* (Psicología Clínica)

Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993), quienes señalaron que el síndrome se basa en la influencia de las cogniciones que los individuos perciben, en situaciones aleatorias de su ámbito laboral. Las reacciones emocionales como depresión o estrés en el individuo estarían en estrecha relación con el grado de seguridad en sí mismo y en sus propias capacidades. De acuerdo con ello, el sujeto tiene capacidad para modificar estas situaciones con sus acciones. Dentro de estas últimas capacidades, la autoconfianza profesional y el grado en que este influye en la realización personal del individuo será finalmente la variable que nos dará lugar al desarrollo del síndrome del desgaste.

Modelo de Pines (1993), quien señaló que este síndrome se desarrolla en trabajadores que se fijan altos objetivos en su vida profesional y mantienen grandes expectativas. Así, los trabajadores muy motivados e identificados con su

trabajo, de significado existencial, cuando fracasan en la consecución de sus objetivos, se frustran esas expectativas, y sienten que no es posible realizar una contribución significativa a la vida, desarrollando el síndrome.

Harrison: Competencia social (1983). Harrison indicó que este modelo era especialmente aplicable a trabajadores que han logrado tener expectativas muy altas sobre la consecución de sus objetivos laborales y del mismo modo tratan de ayudar a los demás en situaciones que requieren algo más que la simple motivación para alcanzar el éxito.

Modelo de Cherniss (1993), quien señaló que las características del ambiente que facilitan que el trabajador desarrolle sentimientos de éxito se corresponden con las características de las organizaciones que ayudan a prevenir el síndrome de Desgaste Profesional y están son un alto nivel de desafío, autonomía, control, y apoyo social del supervisor y de los compañeros.

Modelos De La Teoría Del Intercambio Social (Psicología Social)

Modelo de Hobfoll y Freddy (1993) quienes afirmaron que el estrés surge cuando las personas perciben que lo que les motiva está en peligro. Los estresores laborales amenazan los recursos de los sujetos generando inseguridad sobre sus habilidades. Esta teoría es de corte motivacional y suele emplear estrategias de carácter activo disminuirá los sentimientos de desgaste porque conlleva ganancia de recursos. Los autores señalan que para prevenir el síndrome hay que enfatizar la consecución de recursos que permitan desempeñar eficazmente el trabajo.

Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993) quienes desarrollaron su modelo para explicar la causa del síndrome de Desgaste en profesionales de enfermería, y señalaron que dentro de este campo profesional el síndrome tiene una doble causa : por un lado, los procesos de intercambio social con los pacientes y, por otro, los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros. Resaltan que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social en situaciones de estrés, por el contrario, en estas situaciones evitan la presencia de compañeros y rehúyen su apoyo por miedo a ser criticados.

De acuerdo con estos modelos, el síndrome del desgaste se presenta cuando el trabajador, al establecer relaciones con las demás personas en el

trabajo, empieza a percibir dos cosas: falta de equidad o falta de ganancia. Esto se da como resultado del intercambio social establecido durante el desarrollo de su trabajo. Estos casos sucederían en el caso del personal de salud, el cual durante su trabajo siente que da más de sí mismo, en relación a lo que recibe por el esfuerzo que pone en el trabajo y su compromiso con la institución. Este personal genera síntomas de desgaste al no poder manejar esta situación.

Modelos De La Teoría Organizacional (Psicología De Las Organizaciones)

Modelo de Golembiowsky (1983), autor que se centró en las relaciones entre estructura organizacional, cultura y clima organizacional y el apoyo social. Los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes y a diferencias entre los orígenes del síndrome.

Modelo de Winnbust (1993), quien considero al desgaste profesional como un sentimiento de agotamiento físico, emocional y mental debido a la tensión emocional crónica derivada del estrés laboral que se da en todos los trabajadores, orientando su modelo en base a relaciones entre estructura organizacional, cultura y clima organizacional y el apoyo social.

Estos modelos presentados hacen hincapié en la organización y sostienen que los orígenes del síndrome se dan dentro de la organización. Así, son estas las que originan las situaciones de estrés, más aún mediante el uso de estrategias inadecuadas para la solución del síndrome.

Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), quienes consideraron el desgaste profesional como un episodio especial dentro del estrés laboral que se da claramente en profesionales de servicios humanos y que se produce cuando las estrategias de afrontamiento no llegan a controlar el stress. Para los autores estar emocionalmente agotado está relacionado con sentirse gastado.

Las personas que están más propensas a presentar el síndrome del desgaste profesional son las que se relacionan, actúan y trabajan de manera directa y duradera con gente. El resultado del limitado control sobre este síndrome es el surgimiento de conductas negativas, lo cual influye en la calidad de los servicios que se brindan. Posterior a esto se presentarán elevados niveles de

agotamiento, desgaste emocional y bajos niveles de eficiencia en sus labores, tanto en el nivel personal como profesional

Finalmente, en el modelo escogido para el presente estudio, Leiter y Maslach (2001) señalaron como responsabilidad la estructura y los procesos de se encuentran dentro de las organizaciones, asumiendo que estos aspectos son los que mas influyen en el desarrollo del desgaste por encima de la personalidad o los aspectos demográficos. Hacen hincapie en que tiene relación con tres puntos que se correlacionan que son energía, participación y eficacia.

Se plantean dos extremos para la aparición del desgaste. Uno de ellos en cuando existe compromiso e identificación con la labor que se realiza llegándose a ser productivo y positivo para la organización; y por el otro lado, cuando existe ineficacia, agotamiento, malestar llegándose a ser negativo e improductivo, situación en que se produce el desgaste. Estos mismos autores consideran que el aspecto organizacional es más fácil de considerar para evitar o controlar el desgaste que los aspectos de personalidad o demográficos.

En el año 2001 estos autores diseñan un modelo organizacional que explica la aparición de desgaste en el caso no sean controlados los aspectos de la vida en el trabajo que ellos consideraron.

Estos aspectos son la carga de trabajo, cuando es excesiva; la ausencia de control entre el trabajador y la organización; la falta de recompensa al trabajo; la comunidad especialmente en el área de tecnología de las comunicaciones que permiten la interconectividad entre las personas; el trato injusto en la organización y la identificación con los valores de la organización. La alteración de estos aspectos de la vida en el trabajo en forma negativa da origen al desgaste desde el punto de vista organizacional según Leiter y Maslach, que son los teóricos escogidos para explicar el instrumento usado.

Según los mismos autores, la aparición de agotamiento emocional se da cuanto la carga de trabajo es excesiva y constante llevando a que se consuman los recursos físicos y emocionales del trabajador. De manera de protegerse de este desgaste, el trabajador da lugar a reacciones de distanciamiento y falta de identificación dando lugar a despersonalización con lo que la persona ya no relaciona la demanda del trabajo y lo que hace. Asimismo, se percibe

discrepancias entre la realidad en el trabajo y sus expectativas; esto lleva a que el trabajador sienta que no está en el entorno de sus compañeros ni del trabajo dando lugar a la situación de disminución de la realización personal. Leiter (1988) tal como lo afirma Buzzetti (2005) determina que la despersonalización actúa como un factor mediador entre agotamiento emocional y falta de realización no pudiendo dar lugar a un hecho entre estos sin el primero, haciéndola ver como todo un conjunto de procesos que se desencadenan progresivamente.

De esta manera, la teoría organizacional de Leiter y Maslach explica desde el punto de vista teórico la aplicación del instrumento de Maslach así como su aparición desde el punto de vista de la aparición progresiva de las dimensiones que dan lugar al síndrome de desgaste según Maslach y Jackson. .

Los profesionales de salud que padecen este desgaste pueden llegar a adquirir problemas psicosomáticos como cansancio, problemas gastrointestinales o respiratorios que no tiene una base orgánica, dada la exigencia de carga emocional que exige el medio en el cual laboran

Dimensiones de desgaste laboral

Dimensión 1: Agotamiento emocional

Según Maslach (1986) es un estado que se da en el momento que las actividades del profesional lo cansan de tal manera que la persona empieza a sentirse vacío, sin idea, sin rumbo.

Se ha definido esta dimensión como una tal que se da debido a una reducción de los propios recursos emocionales y al sentimiento de que la persona llega a tal punto en el cual ya no tiene ni puede ofrecer algo a las personas con las que trabaja, el mismo que está acompañado de manifestaciones somáticas y psicológicas, como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad. (Puigalt, 2006)

Por otro lado, es la respuesta del individuo ante condiciones adversas que sobrepasan sus recursos de respuesta adaptativa, dando lugar a que una persona que, previamente era un profesional con mucho entusiasmo, ideas y despliegue de energía pierda todas las fuerzas y se manifiesta con esa sensación de vacío emocional

En el modelo propuesto por Maslach se da la mayor importancia a esta dimensión porque tiene que ver con la respuesta emocional y es por eso que tiene la mayor cantidad de ítems; y es la dimensión que más se asocia con la serie de problemas que se derivan del constante desgaste laboral o profesional

De la misma manera, esta dimensión hace énfasis en la naturaleza demandante desde el punto de vista emocional que tiene las profesiones que tiene que ver con la atención de personas a través del servicio o la ayuda.

Este es uno de los criterios o dimensiones más importantes sin embargo no es única ni tampoco suficiente para explicar el desgaste ya que intervienen también factores del trabajo desde el punto de vista de las relaciones que se establecen en el mismo.

Dimensión 2 : Despersonalización

De acuerdo a lo manifestado por Maslach (1986) la despersonalización no es más que una manifestación del agotamiento emocional. Esta manifestación incluye falta de interés, cinismo y también falta de empatía. Asimismo, es considerado como un mecanismo de defensa que utiliza el trabajador para evitar los sentimientos de desesperanza, impotencia y soledad.

Se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios o receptores de servicios, así como también hacia los colegas. Esto conduce a la idea de que los demás son la verdadera fuente de los problemas (Puigto Durán 2006).

Además, se caracteriza por presentar un cambio negativo de actitudes, se dirige y actúa con los compañeros con falta de motivación, enfrentamiento, irritabilidad que finalmente da lugar a desaparición progresiva de la motivación que tiene el trabajador en su organización.

Se refiere además a que el trabajador tiende a protegerse a sí mismo de acuerdo a su concepción, de los usuarios y sus compañeros de trabajo, esto obviamente da lugar a disminución en su capacidad laboral. Tres características emocionales se presentan en esta circunstancia que son la falta de humanidad, falta de sensibilidad y falta de honestidad; estas características en relación a los usuarios.

Esta dimensión representa la parte del aspecto interpersonal del desgaste. La respuesta negativa es producto del exceso de agotamiento emocional y no es mas que una especie de respuesta o autoprotección del trabajador frente a este efecto del cansancio emocional. De esta manera, vemos que si los trabajadores están inmersos en un trabajo que impresiona nunca terminar, estos empiezan a disminuir su productividad, se apartan de sus compañeros y evitan el contacto con el usuario. A la larga, se observa la característica reacción negativa hacia los usuarios y se realiza solo el mínimo esfuerzo en el trabajo por lo tanto, disminuye la calidad de su trabajo.

Dimensión 3 :Realización personal

Maslach (1986) lo definió como parte del síndrome en lo que se refiere a falta de realización personal. Es la sensación que tiene el trabajador que la actividad que realiza ya no vale la pena, no tiene orden ni sentido llegando finalmente a perder las ganas de trabajar, el logro de un objetivo, la mejora dentro de su trabajo.

La realización personal no depende del momento, ni la situación, depende del talento, vocación y disposición que las personas desarrollan a través de las técnicas de autocontrol para sentirse bien consigo mismo y los demás.

La falta de realización personal es la percepción de que las posibilidades de alcanzar el objetivo deseado en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima (Puigto Durán 2006).

Tal como se manifiesta, la falta de realización personal se manifiesta por una serie de características entre las que se pueden mencionar que el individuo evita las relaciones interpersonales en el trabajo, síntomas de depresión, disminución de la moral, disminución de la productividad en el trabajo, aparición de efectos de una pobre autoestima y finalmente que el trabajador se siente sometido a presión y no lo puede soportar.

Esta dimensión representa la parte de autoevaluación del trabajador y se correlaciona con la falta de objetivos y logros a conseguir e incompetencia y es potenciado por dos factores que son la falta de apoyo y recursos en el trabajo lo que no les permite crecer profesionalmente ni socialmente. Al final, el trabajador llega a la conclusión de que cometieron un error y ese no debería ser

su trabajo por lo que se desarrolla un concepto negativo de uno mismo así como de los demás.

Maslach Burnout Inventory

Desarrollado por Christina Maslach y Susan Jackson de la Universidad de California en Berkeley para medir los aspectos del desgaste profesional que son característicos de acuerdo a las autoras. Se obtuvieron datos en estudios grandes previos al establecimiento del test que sirvieron de base para determinar actitudes y comportamientos de los trabajadores que sufrían desgaste laboral.

El modelo inicial tuvo 47 preguntas con un formato de dos escalas una de intensidad y la otra de frecuencia y fue administrado a 650 trabajadores de servicios de la salud y de servicios (policías, profesores, enfermeras, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos, abogados y administradores de agencias del gobierno); se redujeron los ítems a 25 luego de análisis estadísticos y estos fueron administrados a una población de 420 trabajadores, encontrándose resultados similares por lo que se juntaron las dos poblaciones y se sometió a análisis estadísticos de cuatro factores, que dieron lugar a las subescalas del MBI.

La subescala de desgaste emocional describe la sensación de estar desgastado emocionalmente con el trabajo, encontrándose que el factor con la mayor carga es aquel que se refiere a desgaste. En la subescala despersonalización se refiere a falta de sentimiento y respuesta impersonal hacia la persona que recibe el servicio encontrándose también que los factores con mayor carga se refieren a desgaste. De acuerdo a esto se encontró correlación entre las dos subescalas, lo que demuestra el aspecto teórico de la relación entre estas dos dimensiones.

De forma contraria, la subescala de realización personal, que se refiere a competencia de logro y éxito, mostro factores bajos en aquellos que se refieren a desgaste; por lo tanto niveles bajos se corresponden con niveles altos de desgaste profesional. Se quedó con las respuestas de doble formato pues los participantes se sentían más cómodos al expresar dos respuestas de forma más diferenciada.

Para la consistencia interna de este instrumento se utilizó alfa de Cronbach encontrándose 0,83 para frecuencia y 0,84 para intensidad. La validez convergente se demostró de varias maneras. Una de ellas fue correlacionando los resultados de una persona con las respuestas que daban las personas cercanas a ellos; otra fue que los datos se correlacionaron con ciertas características de trabajo que se espera deben producir desgaste; y finalmente los resultados se correlacionaron con resultados que se esperaba dieran lugar a desgaste.

En el año 1986 se presenta la tercera edición en la cual se reduce la escala a 22 items y se admite una sola escala, la de frecuencia descartándose la de intensidad por presentar redundancia en las respuestas. Se utilizó una escala amplia de 7 siete respuestas que no semeja a otros instrumentos que miden sensaciones y actitudes, además es una escala más estandarizada que permite al investigador tener certeza de lo que el examinado quiere expresar con su respuesta. Este instrumento fue el que utilizo para la investigación y los datos de contenido serán comentados posteriormente.

1.2.2 Sistemas de Información Medica (Historia Clínica)

Guzmán (2012) indico que el registro de la Historia Clínica es una forma de registro del acto médico, que tiene 4 características que son profesionalidad, que se refiere a que el único profesional que la hace es el medico; ejecución típica, que se refiere a que se hace de acuerdo a ciertas normas establecidas; objetividad, porque es dirigida al enfermo y la licitud se debe al respaldo que tiene de las normas jurídicas.

La Historia Clínica es el relato de la experiencia en relación a la terapéutica y el diagnostico que hace el médico. Puede también relacionarse con una especie de estudio biográfico de la enfermedad tal como es vista la enfermedad por el médico, (Lain Entralgo, 2015).

Sistemas de Información Hospitalaria (Historia Clínica)

Los sistemas modernos de información hospitalaria tienen su base en los estudios originales reunidos por Monaghan en 1973 en la Conferencia de Registros de

Cuidado Ambulatorio que se realizó en Chicago del 18 al 22 de Abril de 1972. De estos estudios parten los conceptos modernos de hospital como empresa de servicios de salud (Lopez,2008); con los cuales el hospital pasa a ser considerado una empresa de servicios que tiene la finalidad de mejorar la salud, que tiene elementos que forman parte de el como los profesionales de la salud, camas hospitalarias, centros quirúrgicos, etc. También tiene actividades consideradas como productos intermedios como las radiografías, los análisis de laboratorio, las operaciones quirúrgicas, y finalmente productos finales que son los pacientes con diagnósticos establecidos como infarto, neumonía, etc. Como toda empresa, este producto es el producto del hospital y viene a ser el paciente tratado con diagnóstico establecido y es medido por casuística relacionado directamente con los servicios que presta el hospital y manifestado como el tipo y volumen de paciente tratado.

Por otro lado, medir el producto hospitalario a través de su registro sistemático tiene ventajas inconmensurables. Se tiene, por ejemplo, la posibilidad del uso de la planificación estratégica así como de la planificación del movimiento del personal; la posibilidad de hacer actividad presupuestal de las actividades asistenciales del hospital y sostenerla, la utilización del marketing en los diferentes áreas del hospital, actividades de gestión de la productividad y utilización al máximo de la tecnología, así como también permite la evaluación de la calidad asistencial que brinda y le permite realizar comparaciones con otros centro para mejorar la calidad del servicio prestado.

De estos estudios, se obtuvo la recomendación de se debería tener un grupo de datos mínimos básicos y selectos que todo hospital debería tener por lo menos al alta del paciente. Se incluía la necesidad de tener confidencialidad en la información, de que los datos sean recolectados por personal sanitario, que debería estar disponible para varios usuarios, que debería indicar la situación social y económica del paciente, que debería ser posible relacionar aquellos con eventos parecidos o relacionados.

Según Reyes-García (2012) un sistema de información hospitalaria de calidad debe tener a disposición de los profesionales un conjunto básico o mínimo así como imprescindible de datos que les permita a estos utilizarlos para mejorar

la calidad de la atención de los usuarios o pacientes. Pone énfasis, de igual manera en el hecho de que un buen registro de historia clínica, es decir con datos correctamente llenados y en mayor y mejor número posible ejerce influencia sobre la seguridad del paciente puesto que siempre esos datos están a disposición del profesional con la finalidad de que no se produzcan efectos adversos.

Velito, (2010) en la revisión que realizó estableció ciertos criterios mínimos que debe cumplir la historia clínica para mantenerse como un instrumento útil para medir la calidad de la asistencia, entre los cuales se encuentran:

Veraz: debiendo registrar con certeza la enfermedad del paciente.

Exacta: No debe dejarse a la imaginación los datos consignados

Técnica: Datos objetivos y con criterio científico.

Completa: Datos suficientes del paciente y su enfermedad así como toda la documentación de tipo administrativo que la componen.

Identificación del profesional: Debe quedar constancia con nombres completos, firma y registro del profesional que realiza la atención.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta son los objetivos de la historia clínica, en los cuales la mayoría de los autores están de acuerdo con Renau (2001) quien planteo que debe ser (a) asistencial, es decir dentro de la actividad de atención a los pacientes, (b) investigación, como base para el estudio, (c) docencia, como instrumento para formar profesionales de la salud, (d) administrativa como documento de gestión en instituciones de salud, (e) Jurídico legal, como documento base para procesos judiciales.

La Historia Clínica es un documento asistencial y legal que sirve para registrar los actos asistenciales de los pacientes que acuden a un Centro Asistencial así como para actividades de investigación y docencia. Para que cumpla sus funciones adecuadamente, debe ser correctamente llenada por el profesional responsable y dentro de esto se considera la calidad de la Historia Clínica como instrumento para evaluarla y que sirva así mismo para cumplir los fines para los que ha sido establecida.

En relación a los sistemas de información hospitalaria, o sea el registro de la historia clínica, menciona Reyes-García (2012) que si esta está correctamente

y completamente llenada se convierte en una eficaz herramienta para atención, control y seguimiento del paciente en todos los niveles de un sistema de salud.

La mejora en el llenado adecuado de los sistemas de información hospitalaria, en la historia clínica, depende de dos factores que son la aplicación de conocimientos producto de la experiencia diaria asistencial y el perfeccionamiento continuo de la metodología de registro de datos por parte de los profesionales responsable de su llenado.

La importancia del registro está dada por la inclusión del aspecto de calidad en los criterios de excelencia con la finalidad de acreditación de unidades hospitalarias. La calidad también está relacionada con la seguridad del paciente y el correcto llenado de los datos en la historia clínica contribuye de manera fehaciente a la seguridad del mismo (Reyes-García, 2012; Fuste, et al 2002); esto en especial relación con los efectos adversos a medicamentos.

El sustento teórico para justificar la existencia de los sistemas de información hospitalaria básica la dan Fuste et al (2002), quien sostuvo que el hecho de disponer de datos homogéneos sobre las características de los pacientes, sus enfermedades y el proceso que siguen durante su atención significa un gran avance en el conocimiento de los servicios que se dan así como general múltiples opciones para la utilidad de la información contenida en estos datos.

De la misma manera, dijeron que el conjunto de datos que se obtiene para esta finalidad deben de carácter básico y de utilización ampliamente compartida. Dentro de las utilidades de estos datos, se encuentra la planificación de los servicios de salud, la gestión de los procesos clínicos, evaluación de las intervenciones, evaluación de los servicios y proveedores así como la investigación.

Clasificación

Renau (2001) en su extensa revisión acerca de la calidad de la historia clínica, plantea que esta evaluación puede dividirse en dos tipos.

Uno de ellos es el de la evaluación Completa, en la cual se quieren lograr historias completas cuya característica es que deben llenarse las historias que no están completas en un plazo establecido y es de tipo objetivo.

El otro tipo es la revisión en la cual no se llegan a completar las historias clínicas pero se informan los resultados a los autores para conocimiento y generalmente es elaborada por los Comités de historias Clínicas.

Dentro de ambos tipos, se realizan dos clases de revisión:

Tipo Cuantitativo: De tipo objetivo, realizado por personal con experiencia en revisión de historias y determina la falta de datos y el orden de los mismos.

Los componentes de este tipo de revisión son los siguientes:

Paciente identificado en todas las hojas de la Historia Clínica,

Todas las partes de la Historia clínica completas y presentes,

Todas las intervenciones del profesional de la salud firmada con fecha y horas,

Todos los documentos parte de la Historia clínica deben ser formatos normados por el establecimiento,

Historia Clínica ordenada, y

Realización de anotaciones y/o correcciones de acuerdo a un parámetro correcto.

Tipo Cualitativo: De tipo Subjetivo, realizado por el personal asistencial y se revisa básicamente el contenido de la historia clínica.

Los componentes de este tipo de revisión son los siguientes:

Diagnósticos adecuados, coherentes y completos,

Cuidado de mantener secuencia, orden y coherencia en todas las anotaciones de los profesionales,

Evoluciones con detalle y descripción adecuados,

Hojas de consentimiento informado registrada y debidamente llenadas,

Anotaciones dentro de la historia que mantengan prácticas adecuadas de gramática, orden y lenguaje, y

Debe tenerse registro de eventos adversos.

Dentro de todo, la revisión de la historia clínica y la posterior determinación de su calidad dará lugar a que se cumpla mejor el llenado de la misma así como al mejor uso y aprovechamiento de la historia clínica.

Dimensiones de Registro de Historia Clínica

Dimensión 1 : Estudio Clínico

Salom, (2003), definió el estudio clínico como la evaluación o ejercicio diagnóstico que se realiza en la cama del enfermo, es un proceso que se inicia con el interrogatorio, el examen físico y culmina con la determinación de pruebas de laboratorio.

Es la parte del sistema de información hospitalaria, es decir la historia clínica, que contiene los datos sociodemográficos de la persona que accede al servicio para luego empezar a tomar los datos que van a constituir el cuerpo del juicio clínico. Esto son la razón por la cual se accede al servicio y luego tomar los datos que conforman en forma sucesiva la enfermedad del paciente; datos que son la base para iniciar la disquisición acerca de la enfermedad y llegar a una conclusión acerca del mal que trae al paciente al servicio. Se denomina estudio porque se analiza en forma sucesiva una serie de datos luego se hacen inferencias en base a ellos y clínicos porque tienen que ver con el trabajo asistencial.

Filiación, son los datos demográficos de nombres, edad, lugar de nacimiento y procedencia entre otros. Estos datos son de suma importancia para sumar a la disquisición clínica. Primero, para identificar al paciente, la edad para determinar ciertas enfermedades propias de algunas edades; el lugar de nacimiento y el lugar de procedencia en el caso de enfermedades endémicas o propias de ciertas regiones. Otro dato de suma importancia es la dirección exacta y teléfono del paciente para poder ubicarlo posteriormente o a sus familiares; de igual importancia en emergencia es quien trae al paciente y que por lo tanto se va a hacer responsable del mismo y también la religión que en algunas enfermedades reviste importancia como en el caso de las transfusiones. Finalmente cabría mencionar que estos datos nos ayudan a comprender y comunicarnos con el paciente en casos de interculturalidad para comprenderlo y poder ayudarlo.

Motivo de consulta, que es el síntoma o signo que manifiesta el paciente es motivo que acuda a emergencia. Viene a ser la respuesta a la pregunta ¿por qué viene a emergencia?. El paciente dirá o la madre dirá el signo o síntoma principal

que motivo que lleve al paciente a emergencia y se constituirá en la llave para iniciar el tratamiento si es agudo o servirá también para catalogar al paciente para su prioridad de atención en emergencia. No es la enfermedad por la que viene el usuario, sino la manifestación de la misma que lo hace acudir a emergencia. Así, por ejemplo en un niño, la madre lo lleva a emergencia por fiebre, pero la enfermedad puede ser un resfrió.

Antecedentes, son los datos sociales, personales y patológicos que importan para el diagnóstico. Dentro de la historia clínica y para efectos del estudio clínico, se permite separarlos en personales y familiares. Los primeros a su vez se clasifican en generales, que están relacionados a aspectos socioeconómicos y también en parte demográficos, como la vivienda, crianza de animales entre otros que son importantes en caso de enfermedades infecciosas; y en patológicos, que son las enfermedades anteriores que ha sufrido el paciente y que tengan relevancia diagnóstica. Finalmente, los antecedentes familiares son aquellas enfermedades de los parientes de primera y segunda línea que tengan relación epidemiológicas y también genética que pudieran contribuir con el diagnóstico.

Enfermedad actual, es el relato cronológico y de ser posible detallado de la enfermedad del paciente, aquí no solamente la razón que lo trajo a emergencia, sino una secuencia de los hechos que sucedieron desde que el paciente vio quebrantada su salud. Radica la importancia en esta forma secuencial el hecho de que los síntomas de diferentes enfermedades aparecen en diferentes tiempos y esa diferencia ayuda a plantear posibilidades diagnósticas. Al evaluar este indicador, es necesario verificar que se encuentre esta secuencialidad a la que se hace mención; sino se convierte simplemente en un apunte de los datos recibidos.

Funciones vitales, son los valores de las funciones de los principales órganos y son manifestados como frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y presión arterial. Las funciones vitales son manifestación clínica del funcionamiento basal del organismo y van unidas; es decir la alteración de una siempre va acompañado de alteración de las demás, e indican en forma precoz alteración de la salud y en forma severa que requiere atención inmediata. Es por esta razón que este indicador es de los primeros que debe realizarse en

emergencia y su ausencia en la historia es una falta grave pues no se mostraría el estado en que el paciente ingresa a emergencia a través de un indicador que tiene medición ordinal.

Examen físico, es la exploración sistemática de los diferentes órganos y sistemas que hace el medico como parte de su arsenal diagnóstico. Parte también medular de la historia clínica junto con el relato de la enfermedad para llegar al diagnóstico. Se ha realizado mucha insistencia en el hecho de que el examen debe ser completo y como tal debe registrarse. Así mismo, debe tenerse en cuenta que si bien se ha realizado el examen pero no se ha registrado en la historia clínica es como si no se hubiera realizado ya que no consta en forma escrita; y lo que está escrito en esta es lo que vale como referente para otros usuarios así como auditores o especialistas legales. En este punto, incidir especialmente en el hecho de que existe un subregistro pues se olvida constantemente registrar una parte del examen de algún aparato o sistema dando por entendido que está dentro de lo normal, es decir tendencia a registrar solo los hallazgos anormales.

Plan de trabajo, es la lista de actividades asistenciales y procedimientos que serán realizados para llegar al diagnóstico. Este indicador es parte también del estudio clínico y se llega a él luego del relato cronológico y el examen clínico; haber planteado una posibilidad diagnóstica y estar dispuesto a comprobarla con ciertas actividades entre las cuales se encuentran los exámenes auxiliares tanto de laboratorio como de imágenes; así como ciertos procedimientos que ayuden a corroborar el diagnóstico o establecer una etiología de la enfermedad que se está planteando como posibilidad diagnóstica. Esta secuencia es parte de un trabajo de razonamiento lógico a través del cual se realiza inferencias y se plantea formas de demostrarlas. El plan de trabajo lo constituyen esas decisiones producto de la inferencia que se encuentran plasmadas en la historia clínica en forma ordenada para que sean cumplidas y llegar a demostrar que el diagnóstico planteado es el correcto.

Prioridad, es la clasificación del tipo de emergencia que lleva al paciente. En este caso, se usa la establecida en la NT Nro. 22. "Norma Técnica de los Servicios de Emergencia". En diferentes países se han establecido diferentes

formas de clasificar las prioridades de atención en las emergencias, lo que se conoce como triage. Inicialmente utilizada en tiempos de guerra y de desastres, se ha ido adaptando en forma sistemáticas en las emergencias para mejorar la calidad de la atención priorizando la atención del paciente de acuerdo a la gravedad con la que acude este a emergencia. Entre las formas más frecuentemente usadas y validadas se encuentran el ESI (Emergency Severity Index), ATS (Australian Triage System), CTAS (Canadian Triage and Acuity Sistem) y MTS (Manchester Triage System); diferentes sistemas que tiene pequeñas diferencias pero que finalmente sirven para establecer la prioridad de atención del paciente que acude a emergencia. La clasificación establecida en la Norma Técnica mencionada, tiene ya mencionadas las patologías que se consideran en cada nivel haciendo más fácil ubicar al paciente para cualquier prestador de servicios de salud.

Destino, es el lugar hacia donde ira el paciente al término de la atención en emergencia. El destino involucra varios lugares, pues el destino del paciente puede ser su domicilio, consultorio externo, hospitalización, unidad de cuidados intensivos, sala de operaciones e inclusive el mortuario. La ausencia de este indicador trae una falla insalvable en el momento que se requiere revisar en la historia donde termino el paciente luego de su atención para poder realizar el seguimiento; de otra manera seria imposible.

Funciones biológicas, son las manifestaciones del funcionamiento del organismo en su relación con el medio que lo rodea. Considera el apetito, el sueño, la diuresis y la defecación. Son llamadas asi porque son resultado del funcionamiento automático del organismo y revelan , si es que muestran alguna alteración, cierta patología en el órgano o sistema que lo involucra , por lo que son importantes contar con su mención en la historia clínica ya que sirve de ayuda para realizar el diagnóstico y también verificar el correcto funcionamiento del organismo.

Dimensión 2: Diagnostico

Negrete (2004) definió el diagnostico como el proceso que parte de los síntomas y signos obtenidos y se desarrolla a través de la interpretación del pensamiento

medico teórico y se contrasta con los exámenes complementarios, llegando finalmente a establecerse el juicio clínico acerca de una entidad nosológica que afecta a determinado paciente.

El diagnostico utiliza la lógica en su determinación a través del análisis de los datos y la síntesis obtenida de ella lo que constituye el núcleo de conocimiento médico, el mismo que tiene su fundamento en cuatro preguntas que se nutren de los datos de la historia clínica. Una seria que es la enfermedad, la misma que es la base de los conocimientos que se encuentran en la bibliografía en base a la fisiopatología. La segunda es como se enferma el paciente y es lo que se conoce como etiología de la enfermedad, tratándose de ver la correlación que existe entre ciertas causas y cómo influyen estas en el desequilibrio del organismo para dar lugar a la enfermedad. La tercera es como se cura la enfermedad esto es, con la finalidad de cambiar el curso de la enfermedad utilizando la ciencia, tecnología e investigación con esta finalidad. Una cuarta y última interrogante es como se diagnostica la enfermedad. Esta está basada dentro del campo de la filosofía y la ciencia pura, en la cual se muestra la intervención de la experiencia a través de un entrenamiento científico que sistematiza la observación a diferencia de otras ciencias comprendiendo una serie de maniobras perceptuales y manuales que percibe datos imposibles de ser obtenidos por una persona no entrenada, los mismos que se expresan en un tipo de lenguaje específico. A esta disciplina se le conoce como semiología, que es el arte y la ciencia de reconocer los signos y síntomas de las enfermedades en los enfermos; y que es la base del juicio clínico que lleva al diagnóstico clínico

Diagnóstico de Ingreso, es aquel que se establece después del primer contacto con el paciente. Este diagnóstico generalmente es conocido como preliminar o presuntivo pues va a requerir seguir los pasos para establecer el juicio clínico, seguir un determinado plan de trabajo para llegar a un diagnostico final. Es importante porque establece el camino a seguir para llegar al diagnóstico final así como para establecer el tratamiento inicial del paciente; y si va a ser seguido en su tratamiento y control por otro médico, le va a ayudar a conocer cuál ha sido el juicio clínico establecido por el primer médico que trato al paciente.

Diagnóstico de alta, es aquel diagnostico que se establece luego de realizar los exámenes auxiliares pertinentes y haber suministrado un tratamiento. En este caso, el diagnostico de alta puede ser el diagnostico final si luego del juicio clínico se llegó a una conclusión definitiva acerca del diagnóstico del paciente o seguirá siendo presuntivo en todo caso. Como sea, será el diagnostico que se estableció al momento en el paciente abandona el servicio de salud. Sera también importante como forma de ayuda durante el seguimiento y control del paciente.

Pronostico, es aquella situación que se espera se produzca dado el diagnóstico y tratamiento establecidos; o también en base a la historia natural de la enfermedad que aqueja al paciente. El pronóstico puede ser bueno o malo; puede ser estable o tórpido; puede ser complicado o sin complicaciones.

Dimensión 3: Exámenes auxiliares/evolución

Del Olmo (2008) lo define como la parte de la Historia Clínica destinada a recoger las incidencias asistenciales que se presentan durante la atención de un paciente así como los correspondientes comentarios de actualización de los datos recogidos.

Identifica problemas en evolución, se refiere a establecer eventos que alteren la evolución conocida de la enfermedad. Trata de identificar que hechos se suceden durante la evolución y su forma de solucionarlos.

Examen clínico en evolución, es aquel examen que se realiza para corroborar el estado del paciente luego de suministrar algún tratamiento. Este ítem enfatiza la importancia de evaluar al paciente en forma permanente, especialmente en emergencia situación en la cual la patología y el desenlace de la enfermedad pueden cambiar en forma dramática.

Exámenes de laboratorio, son aquellos medios de ayuda diagnostica que se realizan por medio del laboratorio clínico. En este caso, se trata de exámenes de gabinete que comprenden hematología, bioquímica, microbiología entre los que se usan más frecuentemente en emergencia. Son ciertamente importantes pues ayudan a corroborar el diagnostico, son guía para el tratamiento y la mayoría de veces ayudan a evaluar el resultado de determinado tratamiento aplicado al

paciente. Los exámenes solicitados deben figurar en la historia clínica en la parte de evolución y en todo caso deben ser comentados para servir de guía a quien continúe con el manejo del paciente.

Exámenes radiológicos, son aquellos medios de ayuda diagnóstica que se realizan por medio de imágenes. Estos estudios comprenden los rayos x de diferentes partes del cuerpo, ecografías, tomografías y resonancia magnética. Son suma importancia para determinar diagnósticos así como la evaluación de un tratamiento instaurado a un paciente en emergencia. De la misma manera, deben figurar comentados y analizados durante la evolución del paciente.

Diagnostico en evolución, es aquel diagnostico que en forma temporal se establece mientras el paciente está recibiendo un tratamiento o está observándose la evolución de una enfermedad. Es decir, al evaluar un paciente y después de solicitar quizá algunos exámenes, es posible que se obtenga un diagnostico diferente o se confirme el diagnostico establecido inicialmente. Servirá de guía al médico que sigue al paciente para que entienda la orientación establecida en el manejo inicial del paciente.

Plan de trabajo en evolución, es aquel plan de trabajo que en forma temporal se establece mientras el paciente está recibiendo un tratamiento o está observándose la evolución de una enfermedad. Es necesario hacer un raciocinio acerca del diagnóstico y el consecuente tratamiento con la finalidad de establecer las pautas o acciones que se van a realizar para llegar a un diagnostico o tratamiento. Esto se debe plasmar en un escrito en el que figure que exámenes de laboratorio o radiológicos se van a hacer con la finalidad de llegar a un diagnostico posible.

Interconsultas en evolución, son aquellas solicitudes de atención de otras especialidades para el diagnóstico, tratamiento o procedimientos en el paciente. La mayoría de veces es necesario contar con la ayuda de otros especialistas para ayudar a establecer diagnósticos o para realizar tratamientos especiales o para que se puedan hacer ciertos procedimientos especializados que llegaran a ser necesarios tanto para realizar el diagnostico o para utilizar algún tratamiento específico para la patología del paciente.

Dimensión 4 : Tratamiento

Es el conjunto de medios terapéuticos y de prescripciones higiénicas empleados con el objeto de curar una enfermedad. Es también un arte lleno de conocimientos de diferentes disciplinas que se conjugan para que el médico, una vez que estableció el diagnóstico, y de acuerdo a este, plantee un tratamiento adecuado y coherente con el diagnóstico que se estableció en el paciente.

Tratamiento inicial, es aquel tratamiento que se establece con el primer diagnóstico de ingreso del paciente. En emergencia, la mayoría de veces el tratamiento inicial va dirigido a tratar la razón o causa por la cual el paciente acudió a emergencia; así como también muchas veces el tratamiento inicial va dirigido a salvar la vida del paciente. Aun cuando en emergencia el manejo es rápido, se olvida muchas veces realizar anotaciones de las acciones que se realizaron para salvar la vida del paciente; y si se quiere saber que es lo que se hizo con el paciente será imposible.

Tratamiento etiológico, es aquel tratamiento que va dirigido hacia el origen de la enfermedad y no necesariamente hacia los síntomas de la misma. En este caso, el tratamiento es instaurado una vez que se ha establecido el diagnóstico; por eso es etiológico, de origen es decir tiene su raíz en el origen de la enfermedad.

Dimensión 5: Evolución y complicaciones

Del Olmo (2008) estableció que es la parte de la Historia destinada a recoger las incidencias asistenciales que se presentan durante la atención de un paciente así como los correspondientes comentarios de actualización de los datos recogidos.

Evolución de la enfermedad, es la forma en que se desenvuelve y desarrolla una enfermedad en determinado paciente, lo que es propio de la nosografía de la misma. La evolución puede ser natural, en la cual no se interviene con ningún tratamiento ni procedimiento. Otra forma de evolución es favorable, que es aquella situación en la cual la enfermedad se desarrolla sin ninguna complicación o evento desfavorable. De forma contraria se considera a una evolución desfavorable. Finalmente, una evolución tórpida es aquella que está llena de complicaciones.

Complicaciones, alteraciones de la evolución de la enfermedad que pueden traer consecuencias al paciente y deben ser tratadas. Dentro de las complicaciones estas pueden ser esperadas que son aquellas que se conoce pueden derivar del desarrollo de la enfermedad. La complicación inesperada es aquella que dentro del contexto de la enfermedad no se esperaba.

Alta médica, proceso por el cual el medico establece que el paciente ha sido diagnosticado y tratado y puede continuar el tratamiento en su domicilio u hospitalizado. Puede darse el caso que vaya a sala de operaciones, se transfiera a otro establecimiento de salud. No puede faltar este dato en la historia clínica, de otra manera será imposible saber que sucedió con el paciente luego de que fue atendido por el medico en determinado establecimiento de salud.

Indicaciones de alta, es la explicación escrita y hablada que hace el medico del tratamiento que debe recibir el paciente al salir del establecimiento. Es importante que la información escrita sea la misma que la hablada para guardar coherencia y que quede registrado las recomendaciones al paciente para evitar posteriores reclamos.

Dimensión 6: Atributos de la historia clínica

Atributo se refiere a las características físicas de la historia clínica en cuanto a la calidad de su presentación. Es además algo propio de la historia que debe catalogarla como de calidad para que sirva para los propósitos necesarios

Pulcritud, se refiere a una presentación con limpieza y orden. Es una historia clínica presentada con higiene, delicadeza, orden en cada una de sus partes con la finalidad de que el resto del personal que la use tenga un buen documento en sus manos.

Registro de hora de atención, es la hora en que el paciente empieza a ser atendido por el médico. Es importante con fines estadísticos o de calidad para comparar la hora de ingreso con la hora en que atendió, midiendo la demora.

Letra legible, es aquella escritura manual que puede ser entendida con claridad y facilidad por cualquier persona. Como instrumento de comunicación entre profesionales, es importante que el vehículo sea claramente entendible para

que cumpla su función. No deben existir borrones ni enmendaduras; estas invalidan cualquier anotación realizada en la historia clínica

Sello y firma, es el estampado del sello profesional del médico y la firma del mismo como responsable de la atención brindada. Este importante ítem permite identificar al médico responsable de la atención; de otra manera, la historia clínica no está identificada. El sello es el instrumento identificativo del médico en el cual figura su registro profesional y su nombre y lo identifica indubitavelmente.

1.3 Justificación

1.3.1 Justificación legal

Debemos tener en cuenta que al analizar el adecuado llenado de la historia clínica también entramos a una de las funciones que cumple esta, y es el de documento médico legal (Lain, 2015; Renau, 2001). Específicamente en relación a la Historia clínica de Emergencia el Decreto Supremo 016-2002-SA en su artículo 9 menciona que toda atención en emergencia debe registrarse en la historia clínica y debe además contar con ciertos requisitos mínimos; por lo que estudiar si se cumplen estos requisitos legales es también importante tanto para el profesional responsable como para la institución de salud.

1.3.2 Justificación teórica

El desgaste profesional es definido por Maslach y Jackson (1986), como una enfermedad originada por cuadros persistentes de stress que suele presentarse en trabajadores de profesiones que están vinculadas con el trato directo a las personas las mismas que se encuentran con necesidades o situaciones de dependencia que requieren atención constante y especializada. Esta situación se da especialmente en los trabajadores de la salud, quienes interaccionan con personas directamente y además estas personas están cargadas de problemas de salud físicos y emocionales. Específicamente los servicios de emergencia y áreas críticas de los hospitales son los que soportan más estas situaciones de stress porque son los que recibe los pacientes en situaciones especialmente

críticas estando así más expuestos que cualquier otra área del establecimiento de salud.

La Historia Clínica es un documento asistencial y legal que sirve para registrar los actos asistenciales de los pacientes que acuden a un Centro Asistencial así como para actividades de investigación y docencia. Para que cumpla sus funciones adecuadamente, debe ser correctamente llenada por el profesional responsable y dentro de esto se considera la calidad de la Historia Clínica como instrumento para evaluarla y que sirva así mismo para cumplir los fines para los que ha sido establecida. Renau (2001) de acuerdo con la mayoría de los autores establece dos aspectos en la evaluación de la historia clínica; el aspecto cuantitativo y el aspecto cualitativo. Es demás conocida la importancia del adecuado llenado y registro de la historia clínica, la misma que por situaciones de apuro, dejadez, olvido, cansancio entre otras deja de cumplirse, especialmente en las áreas críticas y específicamente en emergencia donde estas situaciones se presentan en forma constante.

1.3.3 Justificación social

Se ha tomado conocimiento que uno de los factores más importantes durante las intervenciones de Susalud a la Institución de salud tiene que ver con el cumplimiento de la Norma Técnica Nro 22 (NT 22-MINSA/DGSP V.1) acerca de la historia clínica y las instancias administrativas de la misma han insistido en el cumplimiento de esta norma.

Con este estudio, las autoridades administrativas de la Institución prestadora de servicios de salud tendrán una herramienta para poder solucionar el problema de la calidad de las historias clínicas en la institución y por lo tanto superar las intervenciones del ente Supervisor.

1.3.5 Justificación metodológica

El presente trabajo si bien es cierto utiliza variables ampliamente conocidas y trabajadas, durante la revisión no se han encontrado estudios que las relacionen

Directamente. Los estudios realizados son de tipo descriptivo y no correlacionales (Puescas,2012; Matzumura,2014, Llanos, 2006; Rocano, 2008; Niquen, 2013, Riondet,2007); mientras que en muy pocos se han realizado correlaciones con aspectos acerca del stress y desgaste, como en Babbott (2013); por lo que correlacionar estas dos variables es novedoso y dará nuevos resultados para mejorar la toma de decisiones por las autoridades administrativas de los establecimientos si es que estos resultados se extrapolan por las características comunes que poseen las áreas de emergencia de los hospitales.

1.4 Formulación del problema

Realidad Problemática

La Historia Clínica es el Documento esencial del acto médico por antonomasia, y por eso constituye la base del registro de la atención en los Centros Asistenciales; presenta 4 características fundamentales: es obligatoria, es irremplazable, es privada y es objetiva y veraz (Alcaraz, 2010).

A pesar de la instrucción recibida en las Facultades de Medicina en la que se insiste en el adecuado y responsable llenado de la misma durante la labor asistencial, en la realidad se encuentra que la mayoría de los médicos no llenan adecuadamente las historias clínicas.

Así, en una revisión estadística del Servicio de Medicina Crítica Pediátrica del Centro Medico Naval del Callao, se encontró que el 76% de los Pediatras tenían historias incompletas, y que el 9% de las historias en un periodo estaban incompletas mientras que más del 29% de las historias incompletas correspondían a pediatras que laboraban en el turno noche (Cuadernos de registro de Emergencia Pediátrica– Servicio de Medicina Crítica Pediátrica. Centro Medico Naval, Enero-Diciembre 2015). Diversos estudios consignan datos similares, tal como un estudio realizado en el extranjero que encuentra 97.8% de Historias con identificación incompletas, sin encontrar concordancia con lo registrado en el libro de emergencia (Garcia,2000); otro en consulta externa de medicina en nuestro País consigna 32.8% de historias calificadas como por mejorar (Llanos, 2010); mientras que un estudio encuentra en pacientes

hospitalizados en nuestro País encuentra porcentajes que van por debajo de 29% para historias calificadas como malas (Puescas,2012); mientras que los estudios en el extranjero muestran porcentajes de historias incompletas en los Servicios de Emergencia del 69.9 al 52.5 % (Beltran,2012), en estudios nacionales se encontraron porcentajes de historias incompletas que van del 48 al 64% (Rocano,2008).

Es decir, pues, que de acuerdo a la evidencia el mayor porcentaje de Historias clínicas incompletas siempre tiende a ser mayor en emergencia que en la Consulta Externa u Hospitalización de los Centros Asistenciales.

Por otro lado, al evaluar las partes del registro de la Historia Clínica que eran omitidas, se encuentra Medico no identificado en 59.7% (Rocano, 2008) y 54.6% (Llanos, 2006); diagnostico en 64.6% (Matzumura,2012) y 97.4% (Llanos,2006); este también es el menos cumplido en un tercer estudio (Puescas, 2012). Además, en un 97.8% de Historias se encuentran con datos personales (Rocano, 2008) y con datos de tratamiento 62.6% (Matzumura, 2012).

En los estudios revisados a nivel internacional y nacional los aspectos que faltan con más frecuencia en la Historia Clínica y que por lo tanto influyen en su calidad, son la identificación del médico y el Diagnostico.

Por otro lado, otros estudios han demostrado al presencia de síndrome de burnout en emergencia con niveles de 3.76% (Vasquez, 2014), mientras que otros mostraron la influencia de stress en médicos de emergencia con múltiples funciones, especialmente asociado con la presión del tiempo (Babbo,2014). De la misma manera, Abambari (2014) y Fonseca (2010) encontraron niveles elevados de prevalencia de desgaste profesional en los grupos laborales de emergencia, especialmente relacionados con la sobrecarga laboral y el número de guardias y por lo tanto afectando el desempeño.

En la búsqueda de una relación causa efecto, se puede afirmar que el desgaste profesional es multicausal pero específicamente en el campo de la salud vale la pena mencionar que en caso de los trabajadores de la salud su labor los involucra directamente con el cliente por las condiciones en las cuales se realiza, es decir no hay un bien material que los una como proveedor/cliente y esto muy probablemente de origen a la mayoría de afirmaciones que dicen que el personal

de salud es más propenso a desarrollar el desgaste profesional. La presencia de horarios excesivos, mucha exigencia, escasas horas de sueño, enfrentamiento a la ansiedad del paciente y sus familiares, ambiente laboral que no compensa sus exigencias entre otros factores necesariamente afectan el desempeño tal como lo afirma Ponce (2013) en relación a la realización profesional que origina respuestas negativas hacia el mismo profesional así como hacia su trabajo afectando el desempeño, entre ellos el registro de historias clínicas.

Entonces, pues, los estudios demuestran que existen factores que influyen en el registro de la historia clínica en el contexto de la atención en Emergencia, y que son el grado de stress al que se somete al médico de emergencia manifestado como desgaste laboral.

El Servicio de Medicina Crítica Pediátrica del Centro Medico Naval atiende un promedio de 900 a 1200 atenciones por mes, con un total de 12417 atenciones en el año 2015. Históricamente, tales atenciones solo se registraban en un cuaderno denominado "Cuaderno de Atenciones de Emergencia". Desde hace 5 años, se introdujo el uso de la Historia Clínica de Emergencia Pediátrica, lo que indujo a resistencia por parte de los médicos pediatras que no estaban acostumbrados a su llenado, lo que llevo a observar un llenado incompleto e inadecuado. Por otro lado, no se encuentran en el Servicio de estudio historias clínicas adecuadamente llenadas (Cuadernos de registro de Emergencia Pediátrica – Servicio de Medicina Critica Pediátrica. Centro Medico Naval, Enero-Diciembre 2015) por lo que el estudiar los factores de tipo stressantes que inciden en el adecuado llenado de la historia clínica permitirá a los médicos tratantes conocer cuáles de estos factores son los que afectan su capacidad para que cumplan con elaborar una historia clínica de acuerdo con las normas establecidas y con ese conocimiento pongan empeño y puedan mejorar la calidad de las historias clínicas de las que son responsables. De la misma manera, el presente trabajo va a permitir a la Jefatura del Servicio conocer como estos factores afectan a los médicos responsables para cumplir con el adecuado llenado de la historia clínica y por lo tanto su calidad con la finalidad de tomar acciones de tipo administrativo que superen las dificultades que hacen que estos médicos no

llenar adecuadamente las historias clínicas; entre estos adecuación de horarios, relevos a la hora, mejora de ambiente laboral.

Si persiste esta situación de inadecuado llenado y por lo tanto disminución de la calidad de la Historia clínica en Emergencia Pediátrica y no se interviene en la corrección de las mismas con acciones basadas en una evidencia científica, no se va a entrar a una cultura de mejora de la calidad y se continuara en forma persistente con las observaciones y posibles sanciones del ente regulador.

Es por esto que deben conocerse que factores intervienen en la calidad de la Historia Clínica de Emergencia Pediátrica. Conocer como el desgaste laboral afecta el registro de la historia clínica en emergencia, el mismo que tienen que ver con sobrecarga laboral y horarios de trabajo entre otros, nos va a permitir hacer recomendaciones a los entes directivos para que intervengan sobre factores puntuales que lleven a mejorar la calidad de la historia clínica.

De acuerdo a lo expuesto se plantean los siguientes problemas:

1.4.1 Problema General

¿Cuál es la asociación entre el desgaste profesional y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017?

1.4.2 Problemas Específicos

Problema Especifico 1

¿Cuál es la asociación entre el agotamiento emocional y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017?

Problema Especifico 2

¿Cuál es la asociación entre la despersonalización y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017?

Problema Especifico 3

¿Cuál es la asociación entre la realización personal y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017?

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis General

Existe asociación significativa entre el desgaste profesional y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017.

1.5.2 Hipótesis Específicas

Hipotesis Especifica 1

Existe asociación significativa entre el agotamiento emocional y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017

Hipotesis Especifica 2

Existe asociación significativa entre la despersonalización y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017

Hipotesis Especifica 3

Existe asociación significativa entre la realización personal y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Determinar la asociación entre el desgaste profesional y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017

1.6.2 Objetivos Específicos

Objetivo Especifico 1

Determinar la asociación entre el agotamiento emocional y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017

Objetivo Especifico 2

Determinar la asociación entre la despersonalización y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017

Objetivo Especifico 3

Determinar la asociación entre la realización personal y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017

II. Marco metodológico

2.1 Variables

2.1.1 Variable Desgaste profesional:

Definición Conceptual : Entidad patológica producida por eventos de stress persistente que se da en trabajadores de aquellas profesiones en las cuales se da atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de dependencia o necesidad extrema (Maslach, Jackson, 1986)

Definición Operacional : Es el conjunto de estrategias planificadas para medir la variable desgaste profesional, con las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; medido con un instrumento de escala ordinal, a través de una encuesta de 22 ítems.

2.1.2 Variable Registro de Historia Clínica:

Definición Conceptual : Es una forma de registro del acto médico, que tiene 4 características que son profesionalidad, que se refiere a que el único profesional que la hace es el medico: ejecución típica, que se refiere a que se hace de acuerdo a ciertas normas establecidas: es objetiva, porque es dirigida al enfermo y la licitud se debe al respaldo que tiene de las normas jurídicas (Guzmán, 2012).

Definición Operacional : Es el conjunto de estrategias planificadas para medir la variable registro de historia clínica, con las dimensiones estudio clínico, diagnostico, exámenes auxiliares/evolución, tratamiento, evolución y complicaciones y atributos de la historia clínica; medido con un instrumento de escala ordinal, a través de un check list de 30 ítems.

2.2 Operacionalización de variables

Variable 1: Desgaste profesional

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable Desgaste Profesional

Dimensiones	Indicadores	Número de ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
Agotamiento Emocional	Cansancio emocional	1		
	Cansancio emocional	2		
		3		
	Cansancio emocional	8		
	Cansancio emocional	14		
		6		
	Cansancio emocional	13		Alto (33-45)
	Demandas de trabajo	16		Medio (21-32)
	Demandas de trabajo	20		Bajo (9-2)
	Demandas de trabajo			
Despersonalización			Diariamente (5)	
	Actitudes de frialdad	5	Algunas veces a la semana (4)	Alto (19-25)
		10	Algunas veces al mes (3)	Medio (12-18)
	Actitudes de frialdad	11		Bajo (5-11)
	Distanciamiento	15	Algunas veces al año (2)	
	Distanciamiento	22	Nunca (1)	
	Distanciamiento			
Falta de Realización Personal		4		
	Autoeficacia	9		
		18		
	Autoeficacia	19		
	Autoeficacia			
	Autoeficacia	7		Alto (30-40)
		17		Medio (19-29)
				Bajo (8-18)
	Realización personal en trabajo	21		
	Realización personal en trabajo			
	Realización personal en trabajo			

Nota : Adaptado de Maslach y Jackson, 1986

Autor : Maslach, Christina; Jackson, Susan, Leiter, Michael

Consulting Psychologist Press, 1986

Teoría : Teoría Organizacional de Leiter y Maslach

Variable 2: Sistema de Información Medica (Historia clínica)

Tabla 2

Matriz de operacionalización de la variable Sistema de Informacion Medico(Historia Clinica)

Dimensiones	Indicadores	Número de ítem	Escala de medición	Niveles y rangos
Estudio Clínico	Filiación	1-10		Bajo (0-3) Medio (4-7) Alto (8-10)
	Motivo de consulta			
	Antecedentes			
	Enfermedad actual			
	Funciones vitales			
	Examen clínico			
	Plan de trabajo			
	Prioridad			
	Destino			
	Funciones biológicas			
Diagnostico	Diagnostico ingreso	11-13	Completa=2 Incompleta=1 No existe=0	Bajo (0-1) Medio (2-4) Alto (5-6)
	Diagnostico alta			
	Pronostico			
Evolución/exámenes auxiliares	Identifica problemas en evolución	14-20		Bajo (0-4) Medio (5-9) Alto (10-14)
	Examen clínico en evolución			
	Exámenes de laboratorio			
	Exámenes Rx			
	Diagnostico			
	Plan de trabajo			
Tratamiento	Interconsultas			Bajo (0) Medio (1-2) Alto (3-4)
	Tratamiento Inicial			
Tratamiento	Tratamiento de alta			Bajo (0) Medio (1-2) Alto (3-4)
Evolución y complicaciones	Evolución	21-30	Completa=2 Incompleta=1 No existe=0	Bajo(0-2) Medio(3-5) Alto(6-8)
	Complicaciones			
	Alta medica			
	Especifica indicaciones de alta			
Atributos de la historia clínica	Pulcritud			Bajo(0-2) Medio(3-5) Alto(6-8)
	Registro hora atención			
	Letra legible			
	Sello y firma			

Nota : Adaptado de MINSA – NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica De Auditoría De La Calidad De Atención En Salud, 2011. Revisada 2016- 17719

Autor : Robles Guerrero, Luis

Ministerio de Salud. Dirección General de Prestaciones de Salud.

Dirección de Calidad en Salud

Teoría : Sistemas de Información mínima básica en salud. Fuste, J. ; et al (2002)

2.3 Método

La ciencia utiliza el método científico para probar hipótesis de diferente tipo. El método hipotético deductivo lleva a realizar hipótesis o deducciones las mismas que por este método deben probarse como falsas o verdaderas y las conclusiones de estas deben ser confrontadas con la realidad.

Dentro de este método, hay dos enfoques, el enfoque cualitativo y el enfoque cuantitativo. Este último a través de cuantificar una serie de mediciones llega a formular tendencias, plantear nuevas hipótesis y construir teorías (Monje, 2011); es además secuencial y probatorio, mide fenómenos, utiliza estadísticas y prueba hipótesis (Hernandez, et al 2014).

En este trabajo se utilizó el método hipotético deductivo y el enfoque cuantitativo.

2.4 Tipo de Investigación

La investigación es básica, pues persigue un fin directo y objetivo; y dentro este tipo de investigación, de acuerdo a los objetivos del estudio. Dentro de esta característica, el tipo de investigación puede ser de tres tipos: exploratoria, descriptiva y aplicativa (Sabino, 1996). Para este estudio es de tipo descriptivo pues describe características, propiedades y perfiles fundamentales de los fenómenos en estudio para que se sometan al análisis en forma sistemática (Hernandez, et al 2014).

2.5 Diseño

El diseño de la investigación es una estrategia o un plan que se realiza con la finalidad de obtener un modelo para obtener los datos o información necesaria para contrastar las teorías que plantea el estudio (Sabino, 1996). Asimismo, el diseño de la investigación tiene el propósito de responder las preguntas de la investigación, cumplir con los objetivos del estudio y someter la hipótesis a prueba (Hernández, 2014).

Campbell y Stanley (1996) clasifican el diseño de la investigación en experimental, y no experimental. En el primero se manipulan las variables por el investigador mientras que en la segunda no.

El diseño de la presente investigación fue No experimental, de acuerdo a Hernández, et al (2014) porque se ha realizado sin manipular deliberadamente las variables, observando los fenómenos que se presentan en forma natural para realizar su posterior análisis.

A su vez, los estudios de diseño no experimental se clasifican de acuerdo a su temporalidad en longitudinales y transversales. El presente estudio fue transversal porque se recolectaron los datos en un momento dado y se describieron las variables y se analizaron sus incidencias y correlaciones en un momento determinado (Hernández, et al 2014).

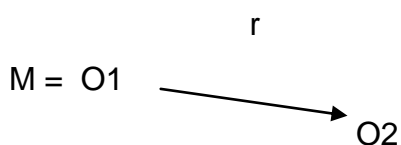
Para el alcance de la investigación, debe tenerse en cuenta la perspectiva del estudio, la revisión de la literatura y así como la capacidad del investigador para combinar los elementos de estudio (Hernandez,et al 2014).

En esta investigación fue de alcance correlacional asociativa, ya que se evaluaron el grado de asociación entre dos o más variables, se midió cada una, después se cuantificaron y finalmente se analizó la vinculación entre estas (Hernandez,et al 2014). Este tipo de alcance finalmente nos permite conocer cómo se comporta una variable estudiada al conocer el comportamiento de otra variable que tenga relación con la primera. Además, el tipo de investigación de dependencia o independencia investiga dos variables con la finalidad de establecer el grado de dependencia entre ellas pero sin llegar a dar una explicación a los fenómenos encontrados.

En conclusión, se trató de una investigación de tipo básica, con enfoque cuantitativo, cuyo diseño fue no experimental y transversal y cuyo alcance fue

correlacional asociativo de acuerdo a lo fundamentado; además de investigar la relación de dependencia entre las variables.

El diagrama representativo de este diseño es el siguiente:



Donde:

M = 21 médicos pediatras del centro médico naval

O1= Observación de desgaste profesional

O2= Observación de registro de historias clínicas

r = Relación entre variables. Coeficiente de correlación.

2.6 Población, muestra y muestreo

2.6.1 Población

Selltiz define a la población como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de datos, especificaciones o características, las mismas que deben situarse claramente en relación a sus propias características de lugar, contenido y tiempo (Hernandez, et al 2014).

Con estas premisas, se delimito la población constituida por 21 médicos pediatras que hacen guardia en diferentes turnos del servicio de emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017.

Tabla 3

Población de estudio

Centro Medico Naval	Médicos	Población
Emergencia Pediátrica	Pediatras	21
Total		21

Fuente: Departamento de Pediatría

2.6.2 Muestra

La muestra viene a ser un subconjunto de la población, es decir, objetos y sujetos que pertenecen a una población siempre y cuando esta haya sido delimitada adecuadamente de acuerdo a determinados parámetros establecidos (Hernandez, et al 2014).

En este estudio la muestra estuvo constituida por la misma población, tratándose de una población censal compuesta por 21 médicos pediatras que trabajan en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval.

2.6.3 Muestreo

El muestreo es la técnica que se utiliza para determinar la muestra. Esta puede ser probabilística, en la cual todos los elementos tienen la misma probabilidad de ser elegidos; deben calcularse previamente el tamaño muestral; mientras que en el muestreo no probabilístico, los elementos de la muestra se escogen de acuerdo a las necesidades de la investigación o de acuerdo a la conveniencia del investigador, por lo tanto es al azar y la elección suele ser sesgada (Monje, 2010). En el presente trabajo por tratarse de una población censal no se realizó técnica de muestreo.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión y exclusión que serán considerados para la delimitación poblacional son los siguientes:

Criterios de Inclusión:

Médicos pediatras que laboran en el Centro Medico Naval y hacen guardia en Emergencia pediátrica.

Historias clínicas de emergencia pediátrica elaboradas por los Médicos pediatras que laboran en el Centro Medico Naval y hacen guardia en Emergencia pediátrica.

Historia clínica de emergencia pediátrica realizada por el médico pediatra en su turno de mayor demanda del mes.

Criterios de Exclusión:

Médicos pediatras que laboran en el Centro Medico Naval y no hacen guardia en Emergencia pediátrica.

Se seleccionaron las historias clínicas correspondientes a cada médico participante al azar entre aquellas emitidas por el mismo en el último turno del mes que laboro.

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos son los procedimientos establecidos por medio de los cuales se recoge la información requerida para la investigación usando un instrumento previamente validado.

En el presente estudio para evaluar el desgaste profesional se utilizó la técnica de recojo de datos a través de la Encuesta, la misma que permitió que los mismos participantes en la investigación emitan la información requerida para el estudio.

Para estudiar el registro de la historia clínica, se utilizó la técnica de la revisión documentaria, que es una técnica de observación algo complementaria de la documentación de acciones o actividades de un grupo humano. En este caso, el registro documentario de la actividad medica en emergencia pediátrica

fue la historia clínica la misma que se revisó a través del instrumento check list para determinar la información requerida con la finalidad de establecer su correcto llenado.

Instrumentos

Instrumento para medir el desgaste profesional

Ficha técnica

Nombre: Cuestionario de desgaste profesional

Autor: Maslach, Christina; Jackson, Susan; Leiter, Michael
Consulting Psychologist Press

Año: 1986

Adaptador: Br. Palomino Basagoitia Carlos

Lugar : Callao.

Objetivo: Determinar el nivel de desgaste profesional de los médicos pediatras que hacen guardia en emergencia pediátrica

Administración: Autoadministración individual

Tiempo de duración: 10 minutos aproximadamente.

Contenido: Encuesta a través de la cual se realizó una determinación del grado de Desgaste profesional de los participantes en el estudio. Debe responderse solo sin conocer que otras personas lo están respondiendo y deben sentirse cómodas para poder responder acerca de sus sentimientos verdaderos. Para evitar efectos externos de creencias de la persona acerca del desgaste, este no debe saber que se está evaluando el desgaste; así debe presentarse como evaluación de actitudes hacia el trabajo. No se necesita ser calificado para administrar la prueba,

pero es deseable que la persona no sea jefe ni tenga vinculo laboral con el participante.

El instrumento es un cuestionario estructurado de 22 ítems con escala politómica que permitirá hacer una valoración del grado de desgaste profesional, dando lugar a la valoración de calidad del mismo a través de la suma de los valores de cada una de sus dimensiones. Agotamiento emocional, con 9 ítems; despersonalización, con 5 ítems y Realización personal con 8 ítems. La suma da lugar a la calificación del grado de desgaste profesional con 3 parámetros: Alto, mediano y bajo.

Los autores realizaron la confiabilidad del instrumento en muestras que no fueron utilizadas en selección de ítems para el instrumento con la finalidad de evitar aumento de los estimados de confiabilidad. Se estimó consistencia interna con Alfa de Cronbach. Para la dimensión desgaste emocional se encontró 0,90; para despersonalización 0,70 y para realización personal 0,71. Muestras subsecuentes en el tiempo han dado lugar a valores de confiabilidad dentro de parámetros aceptables. Las repruebas en muestras de trabajadores del gobierno dieron valores respectivos para cada dimensión de 0,82; 0,60 y 0,80 respectivamente. De la misma manera, estudios subsecuentes han demostrado que la validez se ha mantenido en el tiempo con valores entre 0,50 y 0,82 con espacios entre 3 meses y un año.

De la misma manera, los autores probaron la validez convergente en primer lugar comparando las respuestas obtenidas con los datos que proporcionaban las personas cercanas al encuestado. Se demostró que las personas que eran catalogadas por sus conocidos como con desgaste realmente lo tenían. Otra forma fue contar con datos que corroboraban la hipótesis de la relación de desgaste con varias características laborales. Por ejemplo médicos que pasaban mucho tiempo en el trabajo experimentaban desgaste, mientras que los que hacia labor docente lo tenían menos; trabajadores de la salud que conocían el trabajo y su desempeño experimentaban menos desgaste; en policías se encontró la relación de desgaste con el deseo de dejar el trabajo. Una última

forma de validar fue demostrar la relación de desgaste con ciertas manifestaciones que se encontraba en la teoría. Así, se demostró en policías que aquellos que eran calificados por sus esposas como con desgaste, sufrían de insomnio, podían tomar licor o tranquilizantes.

Los autores utilizaron además validez discriminadora utilizando el MBI para distinguirlo de otras mediciones de constructor psicológicos que se pensaba podían confundirse con el desgaste tal como la depresión, la codicia social y la falta de satisfacción en el trabajo.

La escala y el índice respectivo para este instrumento son como sigue:

Diariamente (5)

Algunas veces a la semana (4)

Algunas veces al mes (3)

Algunas veces al año (2)

Nunca (1)

Tabla 4

Escala y baremos de la variable Desgaste Profesional

General	Cuantitativo			Cualitativo
	Dim1	Dim2	Dim3	
82-110	33-45	19-25	31-40	Alto
52-81	21-32	12-18	19-30	Medio
22-51	9-20	5-11	8-18	Bajo

Instrumento para medir registro de historia clínica

Ficha técnica

Nombre: Ficha de auditoria de la calidad de atención en emergencia

Autor: Autor: MINSA – NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica De Auditoría De La Calidad De Atención En Salud

Año: 2011

Adaptador: Br. Palomino Basagoitia Carlos

Lugar : Callao

Objetivo : Determinar el nivel de registro de historias clínicas en los médicos pediatras que hacen guardia en emergencia pediátrica

Tiempo de duración: 5 minutos aproximadamente.

Contenido: Análisis Documentario a través del cual se realizara una revisión cualitativa y cuantitativa de las historias clínicas seleccionadas. El instrumento estructurado de 30 ítems con escala politomica que permitió hacer una valoración tanto cuantitativa como cualitativa de la Historia Clínica, dando lugar a la valoración de calidad de la misma a través de la suma de los valores de cada una de sus dimensiones. Estudio Clínico, con 10 ítems; Diagnostico, con 3 ítems; Exámenes Auxiliares/evolución; Tratamiento con 2 ítems; Evolución y Complicaciones con 4 ítems y Atributos de la Historia Clínica con 4 ítems. La suma da lugar a la calificación de la Historia Clínica con 3 parámetros: bueno, regular y malo.

Este instrumento se encuentra en un documento oficial del Gobierno Peruano, la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica De Auditoría De La Calidad De Atención En Salud a través del Ministerio de Salud, por intermedio de este de la Dirección General de Prestaciones de Salud de la que depende la Dirección de Calidad en Salud, oficina que origina el Documento. Se han realizado dos versiones. La primera del año 2011, que es la que se adaptó para el estudio por tener menos ítems y ser la que ha sido utilizada en estudios nacionales. La segunda versión es del año 2016 y cuenta con 70 ítems. Ambas versiones fueron preparadas por un grupo de expertos de diferentes nosocomios del Ministerio de

Salud, Seguridad Social, las Fuerzas Armadas, el Colegio Médico del Perú, la Sociedad Peruana de Auditoria Medica y el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, liderados por el Dr. Luis Robles Guerrero.

Siendo un documento nacional, solo se ha encontrado su uso en estudios a nivel nacional. Así, tanto Narváez (2014) quien en su Tesis realizo evaluación de la calidad de Historias Clínicas de hospitalización así como Zafra (2013) quien evaluó calidad de las Historias Clínicas en Centros Médicos del Callao, utilizaron el instrumento en su forma original utilizando la baremacion del autor con resultados significativos.

Por otro lado, Puescas (2012) evalúa la calidad técnica de las Historias Clínicas en hospitalización así como Rocano (2008) evalúa la calidad de registro de Historia Clínica en pacientes fallecidos; ambos utilizan una adaptación propia del mismo instrumento con otras baremaciones, obteniendo también resultados significativos.

Finalmente, Matzumura (2014), realizo la evaluación de la calidad de registro de la Historia Clínica en consulta externa utilizando también su propia adaptación del mismo instrumento realizando un análisis de consistencia interna utilizando KR-20 de Ridcharson con un resultado de 0,84

La escala y el índice respectivo para este instrumento son como sigue:

Completo (2)

Incompleto (1)

No existe (0)

Tabla 5.

Escala y baremos de la variable Registro de Historia Clínica

General	Dim	Cuantitativo					Cualitativo
		Dim2	Dim3	Dim4	Dim5	Dim 6	
40-60	14-	5-6	10-14	3-4	6-8	6-8	Bueno
20-39	7-13	3-4	5-9	1-2	3-5	3-5	Regular
0-19	0-6	0-2	0-4	0	0-2	0-2	Malo

Validación y confiabilidad del instrumento

La validez de instrumento está referida a la medida en la cual este instrumento puede realmente medir la variable que se desea (Sampieri, 2011). Así, para determinar la validez de un instrumento pueden tenerse tres tipos de evidencia (Hernández, 2014). Una es la validez de contenido, que tiene que ver con la capacidad del instrumento de reflejar el contenido de la variable que se desea medir. La validez de constructo, que se refiere al aspecto teórico y empírico de la variable en estudio. La validez criterio se refiere al grado de asociación cuanto se compara el instrumento con otro que mide la misma variable.

Validez

Tabla 6

Resultados de validación por juicio de experto para evaluar la variable Desgaste profesional

Apellidos y Nombres		Valoración
Dr.	Jorge Luna Velasco	Aplicable
Dra.	Violeta Cadenillas Albornoz	Aplicable
Dr.	Carlos Sotelo Estacio	Aplicable

Tabla 7

Resultados de validación por juicio de experto del instrumento para evaluar la variable Registro de historia clínica

Apellidos y Nombres		Valoración
Dr.	Jorge Luna Velasco	Aplicable
Dra.	Violeta Cadenillas Albornoz	Aplicable
Dr.	Carlos Sotelo Estacio	Aplicable

Confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad de un instrumento está referida a la capacidad de este instrumento de dar los mismos resultados si se aplican en las mismas condiciones a otras poblaciones (Hernández, 2014): es decir puede aplicarse muchas veces y obtener los mismos resultados. La confiabilidad del instrumento se realiza a través de la aplicación de los datos en una prueba piloto.

La confiabilidad de los instrumentos del presente trabajo de investigación se realizó mediante prueba de confiabilidad de alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna del cuestionario por tratarse de datos cualitativos.

Para establecer la confiabilidad de los dos instrumentos (Cuestionario de desgaste profesional y Registro de historias clínicas), se aplicó una prueba piloto a la población de 21 pediatras que hacen turno en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval. Obtenidos los puntajes totales se calcula el coeficiente Alfa de Cronbach para medir la confiabilidad Inter-elementos de cada uno de los respectivos cuestionarios.

Tabla 8

Confiabilidad de la variable Desgaste profesional

Alfa de Cronbach	N de elementos
,975	22

Tabla 9

Confiabilidad de la variable Registro de historia clínica

Alfa de Cronbach	N de elementos
,951	30

Interpretación

El resultado nos indica que el instrumento de la variable Desgaste profesional es altamente confiable con una puntuación de **0,975** puntos.

El resultado nos indica que el instrumento de la variable Registro de Historia clínica es fuertemente confiable con una puntuación de **0,951** puntos.

Para determinar la confiabilidad de ambos instrumentos en esta investigación se utilizó el método de Alpha de Cronbach la que se utiliza para variables cuya escala es de tipo politómico.

2.8 Método de análisis de datos

Procedimientos de recolección de datos

El sustento científico de esta investigación está dado por la posibilidad de verificar la información dada para la comprobación de las hipótesis y por eso se ha realizado una adecuada recolección de datos en base a los objetivos y en forma planificada.

Se utilizó Estadística descriptiva para mostrar porcentajes en tablas y gráficas con la finalidad de presentar la distribución de los datos y tablas de contingencias.

Se utilizó Estadística inferencial para estimar parámetros y probar hipótesis basándose en la distribución muestral de los datos a través de análisis No Paramétricos para medir el grado de asociación entre la variables utilizando la

prueba de chi cuadrado, estadístico que mide la relación entre dos variables las mismas que pueden ser categóricas dando lugar a la comprobación de hipótesis acerca de las mismas variables.(Hernández, et al, 2014) con la finalidad de establecer la asociación entre las variables en estudio. Este estadístico utilizando el principio de nivel de confianza como medida da lugar a establecer en que medida los niveles o rangos de una variable estudiada influyen en los niveles o rangos de la otra variable en estudio.

2.9 Consideraciones éticas

Consentimiento: Todos los participantes serán informados de la naturaleza del estudio y se contara con su aceptación para participar en el mismo.

Confidencialidad: Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para fines de la investigación.

Aceptabilidad: Se contara con la autorización de las instancias administrativas y del comité de ética de la institución.

III. Resultados

3.1 Resultados Descriptivos

3.1.1 Desgaste Profesional

Tabla 10

Distribucion de frecuencia de desgaste profesional en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

Desgaste profesional	N	%
Alto	3	14.3
Medio	11	52.4
Bajo	7	33.3
Total	21	100

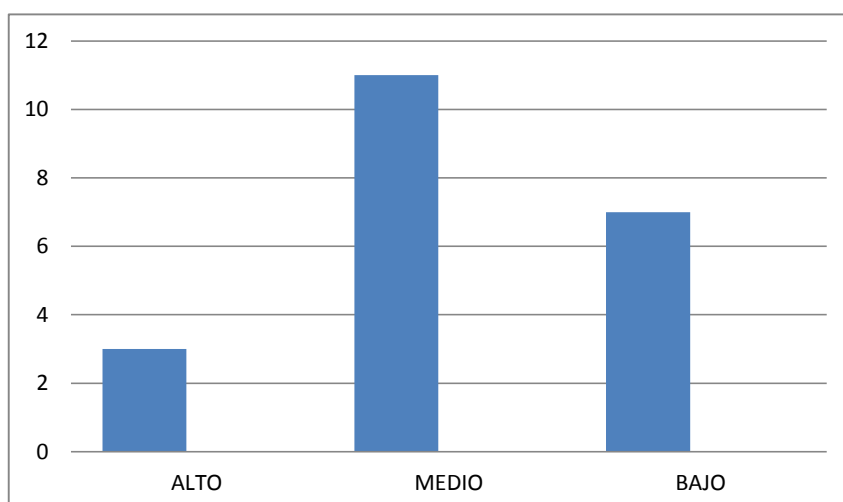


Figura 1 Nivel del desgaste profesional en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

En la tabla 10 y la figura 1, se observa que de los 21 médicos, el 52.4% presentan un nivel medio, un 33.3% presentan un nivel bajo y un 14.3% presentan un nivel alto con respecto a la variable desgaste profesional.

3.1.2 Agotamiento Emocional

Tabla 11

Distribucion de frecuencia de agotamiento emocional en emergencia pediatrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

Agotamiento emocional	N	%
Alto	9	42.8
Medio	5	23.7
Bajo	7	33.3
Total	21	100

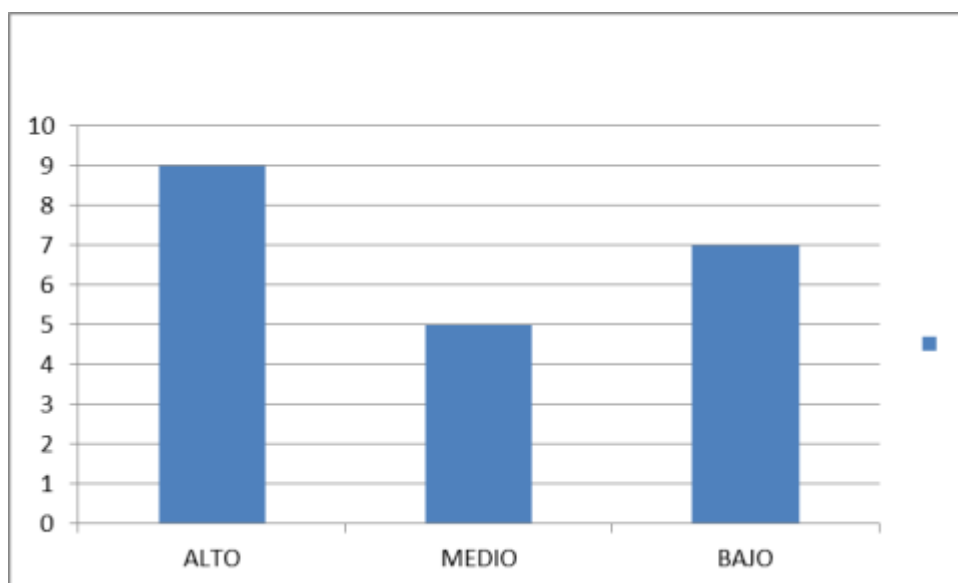


Figura 2. Nivel del agotamiento emocional en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

En la tabla 11 y la figura 2, se observa que de los 21 médicos, el 42.8% presentan un nivel alto, un 33.3% presentan un nivel medio y un 23.7% presentan un nivel bajo con respecto a la dimensión agotamiento emocional.

3.1.3 Despersonalización

Tabla 12

Distribución de frecuencia de despersonalización en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

Agotamiento emocional	N	%
Alto	5	23.8
Medio	9	42.9
Bajo	7	33.3
Total	21	100

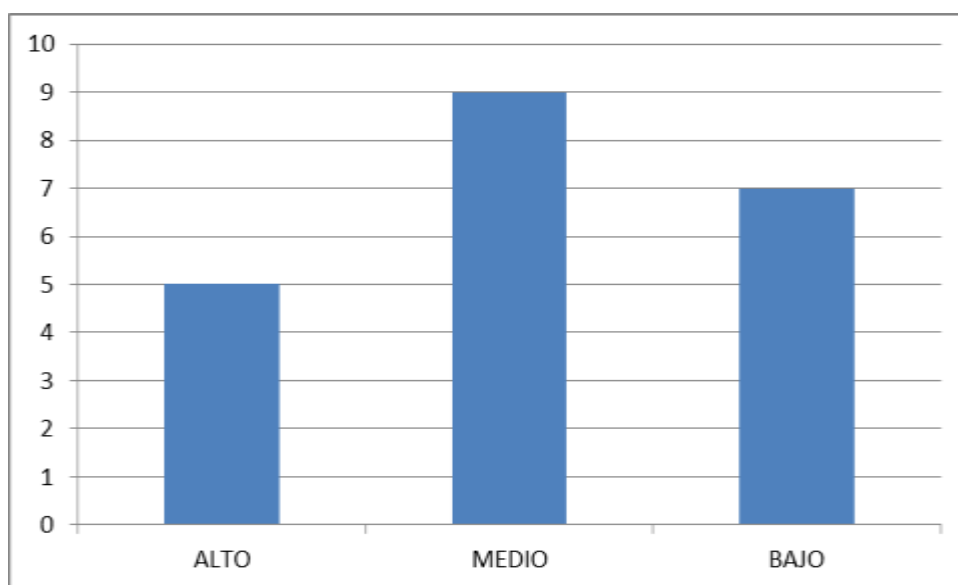


Figura 3. Nivel de despersonalización en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

En la tabla 12 y la figura 3, se observa que de los 21 médicos, el 42.9% presentan un nivel medio, un 33.3% presentan un nivel bajo y un 23.8% presentan un nivel alto con respecto a la dimensión despersonalización.

3.1.4 Realización Personal

Tabla 13

Distribución de frecuencia de realización personal en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

Realizacion personal	N	%
Alto	2	9.5
Medio	11	52.4
Bajo	8	38.1
Total	21	100

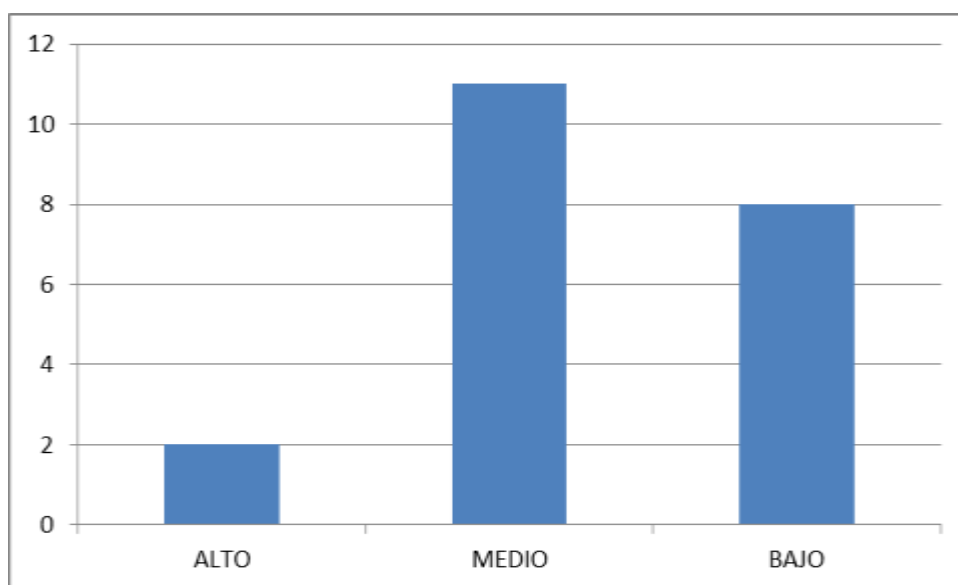


Figura 4. Nivel de realización personal en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

En la tabla 13 y la figura 4, se observa que de los 21 médicos, el 52.4% presentan un nivel medio, un 38.1% presentan un nivel bajo y un 9.5% presentan un nivel alto con respecto a la dimensión realización personal.

3.1.5 Registro de Historia Clínica

Tabla 14

Distribución de frecuencia de registro de historia clínica en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

Registro historia clínica	N	%
Bueno	7	33.3
Regular	11	52.4
Malo	3	14.3
Total	21	100

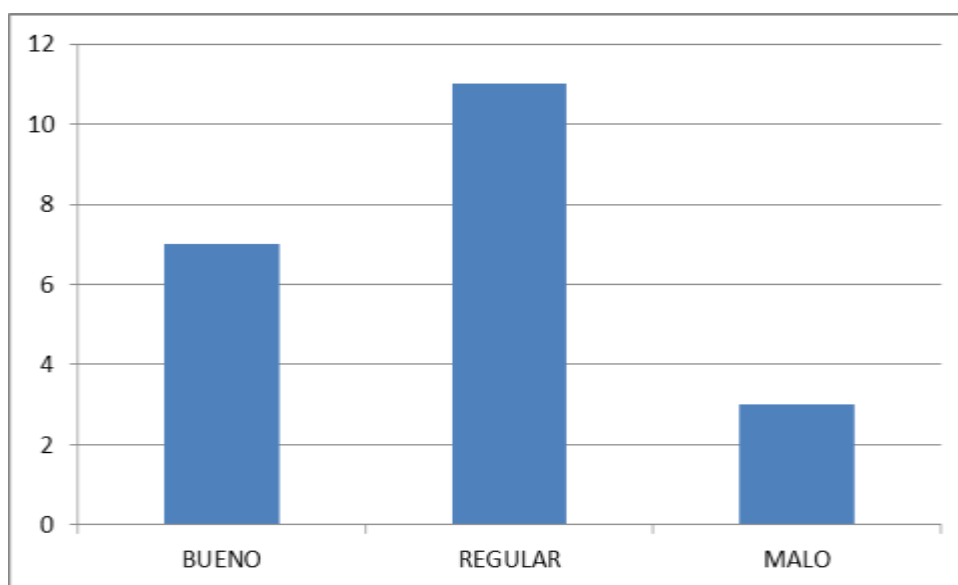


Figura 5. Nivel de registro de historia clínica en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

En la tabla 14 y la figura 5, se observa que de los 21 médicos, el 52.4% presentan un nivel regular, un 33.3% presentan un nivel bueno y un 14.3% presentan un nivel malo con respecto a la variable registro de la historia clínica.

3.1.6 Estudio Clínico

Tabla 15

Distribución de frecuencia de estudio clínico en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

Estudio clínico	n	%
Bueno	12	52.7
Regular	7	33.3
Malo	2	9.5
Total	21	100

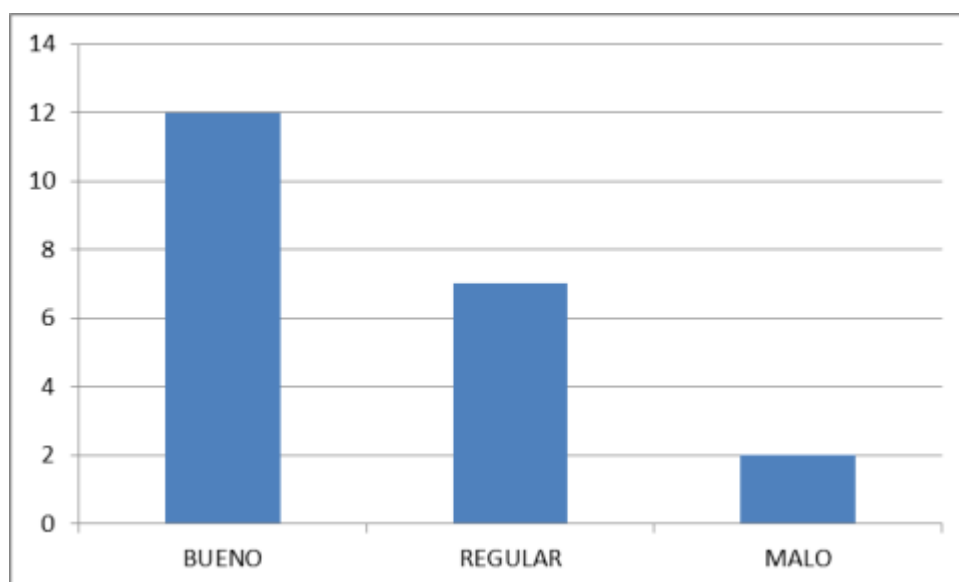


Figura 6. Nivel de registro de estudio clínico en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

En la tabla 15 y la figura 6, se observa que de los 21 médicos, el 52.7% presentan un nivel bueno, un 33.3% presentan un nivel regular y un 9.5% presentan un nivel malo con respecto a la dimensión estudio clínico.

3.1.7 Diagnostico

Tabla 16

Distribucion de frecuencia de diagnostico en emergencia pediatrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

Diagnostico	N	n
Bueno	10	47.6
Regular	7	33.3
Malo	4	19.1
Total	21	100

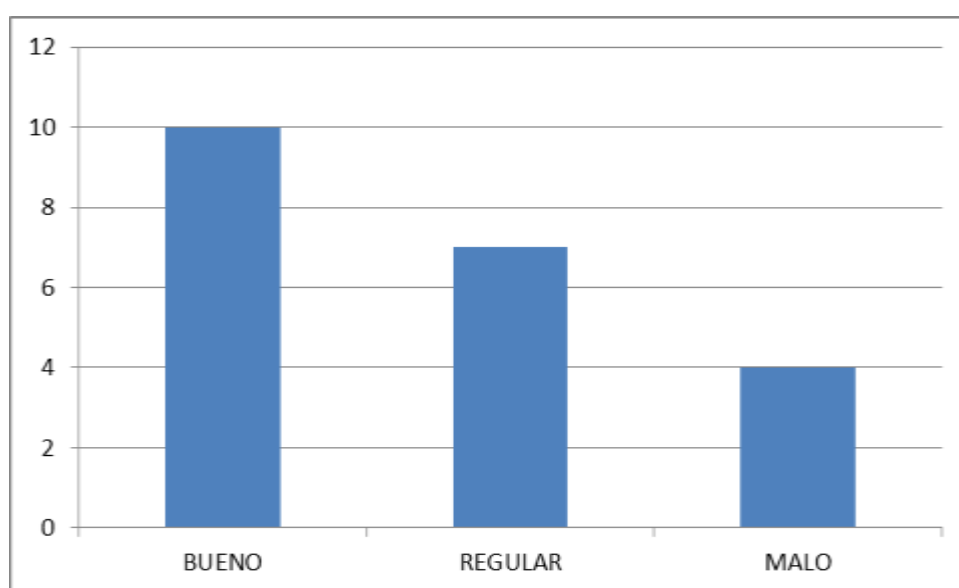


Figura 7. Nivel de registro de diagnostico en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

En la tabla 16 y la figura 7, se observa que de los 21 médicos, el 47.6% presentan un nivel bueno, un 33.3% presentan un nivel regular y un 19.1% presentan un nivel malo con respecto a la dimensión diagnóstico.

3.1.8 Exámenes Auxiliares/Evolucion

Tabla 17

Distribucion de frecuencia de exámenes auxiliares/evolucion en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

Exámenes auxiliares/ev.	n	%
Bueno	3	14.3
Regular	4	19.1
Malo	14	66.6
Total	21	100

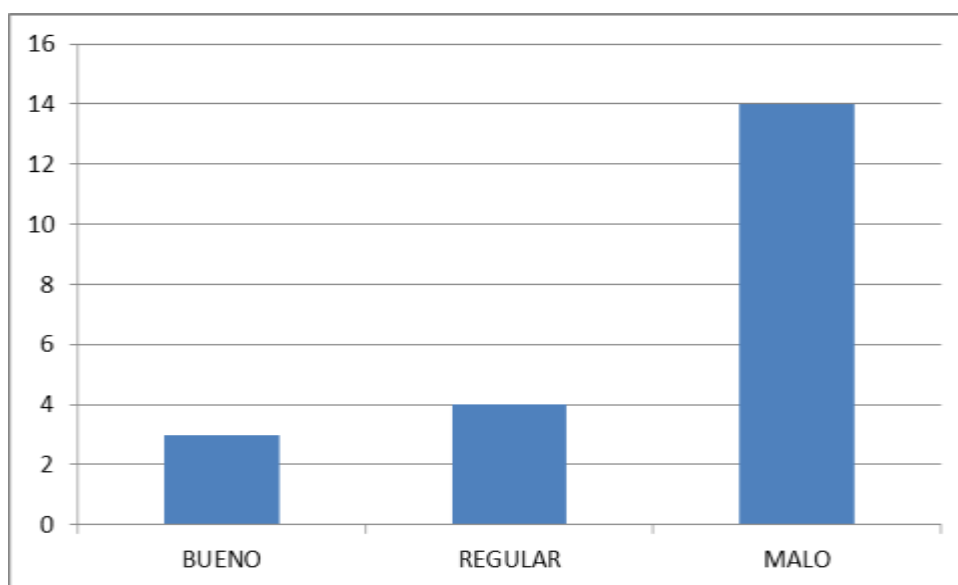


Figura 8. Nivel de registro de exámenes auxiliares/evolucion en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

En la tabla 17 y la figura 8, se observa que de los 21 médicos, el 66.6% presentan un nivel malo, un 19.1% presentan un nivel regular y un 14.3% presentan un nivel bueno con respecto a la dimensión exámenes auxiliares/evolución.

3.1.9 Tratamiento

Tabla 18

Distribución de frecuencia de tratamiento en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

Tratamiento	n	%
Bueno	12	57.2
Regular	8	38.1
Malo	1	4.7
Total	21	100

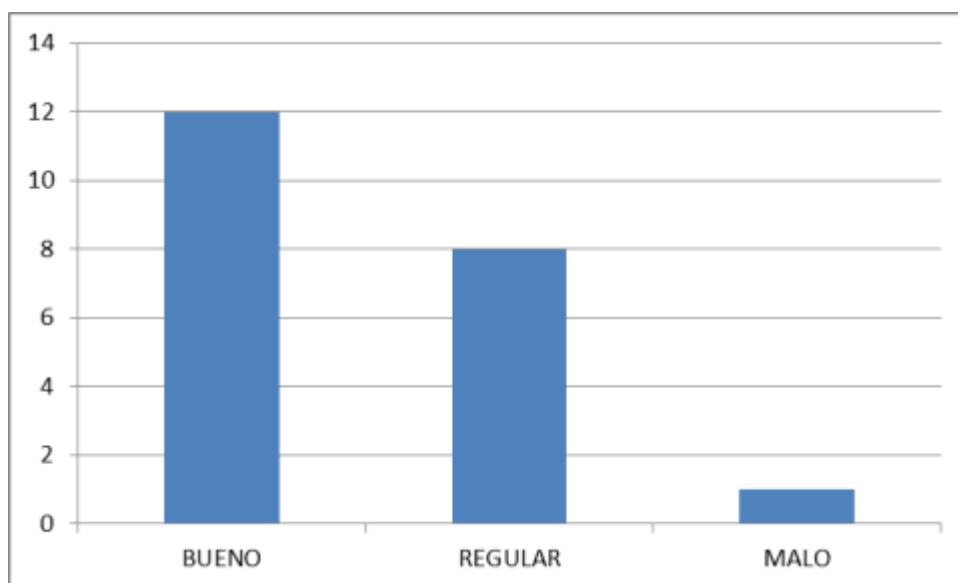


Figura 9. Nivel de registro de tratamiento en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

En la tabla 18 y la figura 9, se observa que de los 21 médicos, el 57.2% presentan un nivel bueno, un 38.1% presentan un nivel regular y un 4.7% presentan un nivel malo con respecto a la dimensión tratamiento.

3.1.10 Evolución

Tabla 19

Distribución de frecuencia de evolución en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

Evolución	n	%
Bueno	7	33.4
Regular	7	33.3
Malo	7	33.3
Total	21	100

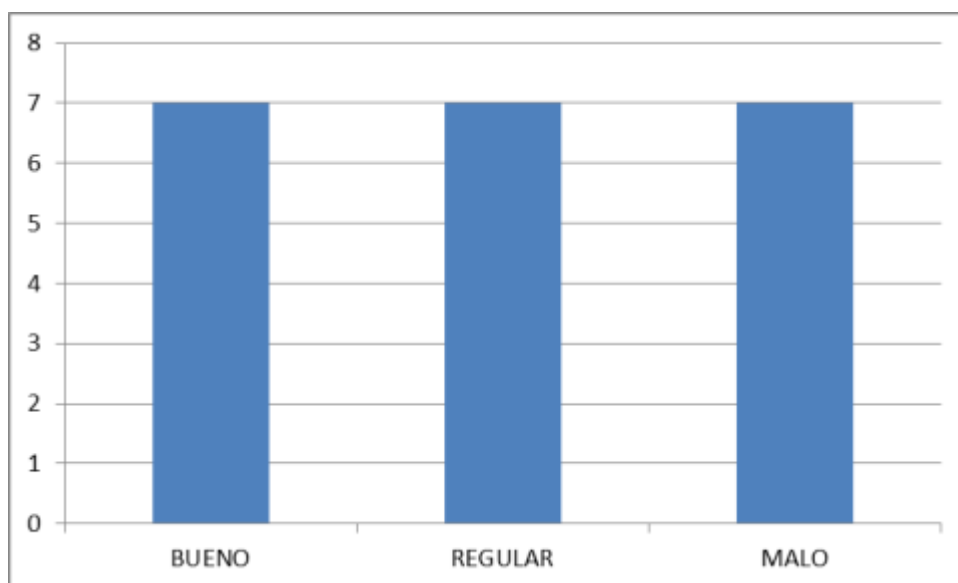


Figura 10. Nivel de registro de evolución en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

En la tabla 19 y la figura 10, se observa que de los 21 médicos, el 33.4% presentan un nivel bueno, un 33.3% presentan un nivel regular y un 33.3% presentan un nivel malo con respecto a la dimensión evolución.

3.1.11 Atributos de Historia Clínica

Tabla 20

Distribución de frecuencia de atributos de historia clínica en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

Atributos historia clínica	n	%
Bueno	6	28.5
Regular	11	52.4
Malo	14	19.1
Total	21	100

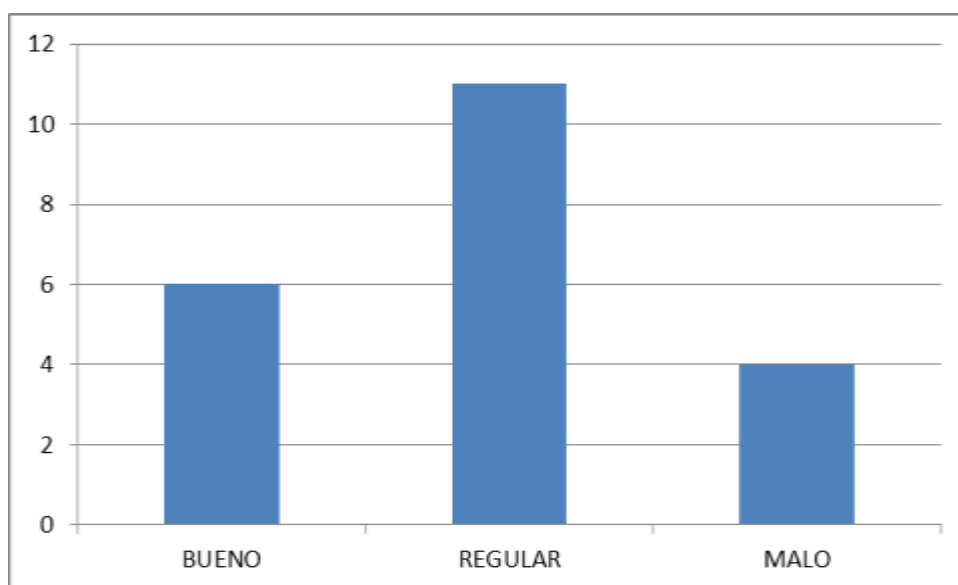


Figura 11. Nivel de registro de atributos de historia clínica en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

En la tabla 20 y la figura 11, se observa que de los 21 médicos, el 52.4% presentan un nivel regular, un 28.5% presentan un nivel malo y un 19.1% presentan un nivel malo con respecto a la dimensión atributos de la historia clínica.

3.2 Resultados Inferenciales

Contrastación de hipótesis

En el presente estudio con la finalidad de probar estadísticamente las hipótesis planteadas, se utilizó la estadística inferencial a través un análisis de asociación. Los análisis de asociación se utilizan con la finalidad de establecer el grado de asociación que existe entre dos variables, que dirección tiene así como cuan fuerte es dicha asociación. En nuestro caso, se utilizó la prueba de chi cuadrado, la misma que es útil en estudios cuyos datos o variables pueden no cumplir los criterios de normalidad, son de tipo cuantitativo y son muestras de cualquier tamaño (Mondragon, 2014).

Prueba de hipótesis general:

Formulación de la hipótesis

H1: Existe dependencia significativa entre el desgaste profesional y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

Ho: No Existe dependencia significativa entre el desgaste profesional y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017

Elección de nivel de significancia $\alpha = ,05$

Regla de decisión Si $p < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula

Cálculo de estadístico de prueba

Tabla 21

Dependencia y significación entre desgaste profesional y registro de historia clínica

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42.00	4	,000
N de casos válidos	21		

En la tabla 21, se presentan los resultados para contrastar la hipótesis general: El desgaste profesional tiene dependencia con el registro de historia clínica en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017; tal como lo muestra la prueba de independencia en la que se obtuvo un chi cuadrado de 42.00 así como la asociación es significativa con una $p = 0.00$ ($p < 0.05$), rechazándose por lo tanto la hipótesis nula.

Hipótesis específicas

Primera hipótesis específica:

Formulación de la hipótesis

H1: Existe dependencia significativa entre el agotamiento emocional y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017

Ho: No Existe dependencia significativa entre el agotamiento emocional y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017

Elección de nivel de significancia $\alpha = ,05$

Regla de decisión Si $p < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula

Cálculo de estadístico de prueba

Tabla 22

Dependencia y significación entre agotamiento emocional y registro de historia clínica

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24.82	4	,000
N de casos válidos	21		

En la tabla 22, se presentan los resultados para contrastar la primera hipótesis específica: El agotamiento emocional tiene dependencia con el registro de historia

clínica en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017; tal como lo muestra la prueba de independencia en la que se obtuvo un chi cuadrado de 24.82 así como la asociación es significativa con una $p = 0.00$ ($p < 0.05$), rechazándose por lo tanto la hipótesis nula.

Segunda hipótesis específica:

Formulación de la hipótesis

Ha: Existe dependencia significativa entre la despersonalización y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017

Ho: No Existe dependencia significativa entre la despersonalización y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017

Elección de nivel de significancia $\alpha = ,05$

Regla de decisión Si $p < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula

Cálculo de estadístico de prueba

Tabla 23

Dependencia y significación entre despersonalización y registro de historia clínica

Pruebas de chi-cuadrado			Significación asintótica (bilateral)
	Valor	gl	
Chi-cuadrado de Pearson	23,390	4	,000
N de casos válidos	21		

En la tabla 23, se presentan los resultados para contrastar la segunda hipótesis específica: La despersonalización tiene dependencia con el registro de historia clínica en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017; tal como lo muestra la prueba de independencia en la que se obtuvo un chi cuadrado de

23.390 así como la asociación es significativa con una $p = 0.00$ ($p < 0.05$), rechazándose por lo tanto la hipótesis nula.

Tercera hipótesis específica:

Formulación de la hipótesis

H1: Existe dependencia significativa entre la realización personal y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017

Ho: No Existe dependencia significativa entre la realización personal y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017

Elección de nivel de significancia $\alpha = ,05$

Regla de decisión Si $p < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula

Cálculo de estadístico de prueba

Tabla 24

Dependencia y significación entre realización personal y registro de historia clínica

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,047	4	,001
N de casos válidos	21		

En la tabla 24, se presentan los resultados para contrastar la tercera hipótesis específica: La realización personal tiene dependencia con el registro de historia clínica en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017; tal como lo muestra la prueba de independencia en la que se obtuvo un chi cuadrado de 19.047 así como la asociación es significativa con una $p = 0.001$ ($p < 0.05$), rechazándose por lo tanto la hipótesis nula.

IV. Discusión

Discusión

En la presente tesis se investigó la relación entre las variables desgaste profesional y registro de historias clínicas en pediatras que trabajan en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval.

En lo que se refiere a los resultados del análisis estadístico descriptiva, se encontró que los niveles de desgaste profesional alto en 14.3% y medio en 52.4% de la población estudiada en el Centro Medico Naval, son similares a los niveles altos encontrados por Abambari (2014) quien en trabajadores de emergencia encontró un nivel de stress profesional del 12.2% mientras que Fonseca (2010) encontró un nivel de burnout en residentes en emergencia del 69.7%; por otro lado, es diferente a lo encontrado por Vásquez (2014) quien en personal de emergencia pediátrica encuentra un nivel de stress profesional de 3.76%. Esta diferencia probablemente este reflejada porque se entrevistaron a diferentes profesionales de emergencia, no solo médicos, en quienes en los dos estudios anteriores hemos visto niveles de stress o desgaste laboral más altos. Dos de los estudios revisados hacen un detalle de las dimensiones del desgaste laboral usando el mismo instrumento. Vásquez (2014) encontró niveles altos de agotamiento emocional en 12.97%, niveles altos de despersonalización en 11.12% y niveles altos de realización personal en 14.18%; mientras que Abambari (2014) encontró los mismos niveles en 37.8%, 37.8% y 53.3% respectivamente. En nuestro estudio se encontraron niveles altos de agotamiento emocional en 42.8%, de despersonalización en 23.8 y de realización personal en 9.5%; que se semejan más al trabajo de Vásquez, que es en el Perú y con personal de emergencia pediátrica.

En relación al registro de historia clínica, Matzumura (2014) obtuvo un 63.8% de registro aceptable o bueno y un 32.8% de registro por mejorar o regular; mientras que Rocano (2008) encontró un 64% de historias clínicas con un registro regular; y Beltrán (2013) en su revisión de historias clínicas halló que el 52.05% tenían información completa, catalogadas como buen registro. En el presente estudio, se encontró que el registro fue bueno en el 33,3% de las historias clínicas, regular en el 52.4% de las historias clínicas y malo en el 14.3% de las

historias clínicas, resultados que se comparan mejor con los de Rocano y no tanto con los de Matzumura y Beltran. Matzumura revisa registros de consultorio externo que podrían tener cierto sesgo ya que no están sometidos al stress de emergencia, de ahí sus altos niveles de aceptabilidad mientras que los de Beltrán si bien son de historias de emergencia, se trata de documentos que se utilizan de forma establecida en todo el sistema de salud al cual pertenece el establecimiento estudiado por Beltrán y por lo tanto son conocidos siendo una debilidad no definir cuál porcentaje de las historias son calificadas como regulares.

Por otro lado, la asociación encontrada entre mayor desgaste y menor registro de historia clínica ($p < 0.001$) es similar a lo encontrado por Babbott (2013), quien utilizando un modelo de regresión encuentra relación entre stress profesional y las actividades múltiples en la historia de emergencia que llevan a déficit en el desempeño; también en relación a lo encontrado por Cárdenas (2014) en su trabajo sobre stress y realización profesional encontrando los factores que afectan el desempeño profesional.

Luego de culminado el estudio, se puede afirmar que se han cumplido los objetivos principales y específicos de este estudio ya que se han comprobado las hipótesis planteadas. En relación a la hipótesis general los resultados encontrados en esta investigación fueron que el Valor $**p < .05$, por lo que podemos afirmar que el desgaste profesional se asocia significativamente con el registro de historia clínica.

En relación a la primera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fueron que el Valor $**p < .05$, por lo que podemos afirmar que el agotamiento emocional se asocia significativamente con el registro de historia clínica.

En relación a la segunda hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fueron que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que la despersonalización se asocia significativamente con el registro de historia clínica.

Y finalmente, en relación a la tercera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fueron que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que la realización personal se asocia significativamente con el registro de historia clínica.

De acuerdo a lo expuesto, se ha comprobado que a mayor desgaste profesional se observa menor registro de historia clínica en relación a los ítems considerados para que la historia clínica en emergencia sea completa. Establecido este conocimiento, las autoridades responsables pueden realizar una serie de medidas no solo correctivas sino tendientes a mejorar el ambiente laboral en emergencia lo que lleva a mejorar la calidad de la atención a los pacientes, en este caso manifestada a través de un adecuado registro de la historia clínica en emergencia pediátrica.

V. Conclusiones

Conclusiones

Primera: De acuerdo a las evidencias estadísticas, existe una asociación significativa entre el desgaste profesional y el registro de historia clínica en los pediatras que hacen guardia en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y el chi cuadrado de Pearson tiene un valor de 42,00.

Segunda: Existe una asociación significativa entre el agotamiento emocional y el registro de historia clínica en los pediatras que hacen guardia en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y el chi cuadrado de Pearson tiene un valor de 24,82.

Tercera: Existe una asociación significativa entre la despersonalización y el registro de historia clínica en los pediatras que hacen guardia en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y el chi cuadrado de Pearson tiene un valor de 23,390.

Cuarta: Existe una asociación significativa entre la realización personal y el registro de historia clínica en los pediatras que hacen guardia en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y el chi cuadrado de Pearson tiene un valor de 19,047.

VI. Recomendaciones

Recomendaciones

- Primera:** Se recomienda a las autoridades del Centro Medico Naval realizar intervenciones en el Personal Médico que labora en emergencia pediátrica con la finalidad de disminuir el nivel de desgaste profesional entre este personal a través de técnicas de comunicación eficaz, de detección de situaciones de stress agudo y crónico, de autocuidado personal y grupal entre otras técnicas de afrontamiento del desgaste profesional en servicios de emergencia.
- Segunda:** Se recomienda a las autoridades del Centro Medico Naval reforzar y socializar las actividades de auditoria de historias clínicas, especialmente en los servicios de emergencia y específicamente en emergencia pediátrica con la finalidad de mejorar la calidad de las historias clínicas emitidas en emergencia las mismas que la mayoría de veces son subestimadas y sin embargo se convierten casi siempre en importantes documentos medico legales ante problemas suscitados durante la atención medica especialmente de emergencia.
- Tercera:** Se recomienda a la Jefatura del Departamento de Pediatría del Centro Medico Naval realizar actividades académicas de revisión y autocritica de historias clínicas en forma periódica con la finalidad preparar al departamento para la auditoria de historias clínicas que en forma permanente realiza la Oficina de Auditoria Médica del hospital.
- Cuarta:** Se recomienda a los médicos pediatras que hacen guardia en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval poner especial énfasis en realización y en la revisión periódica de la historia clínica que realizan durante las guardias para evitar errores y faltas que pudieran producirse durante la realización de la misma por los médicos a su cargo; evitando con esto verse involucrados posteriormente en problemas administrativos o legales producto del acto médico en

emergencia, que es donde por las situaciones de stress y pobre manejo de inteligencia emocional suceden estos hechos.

VII. Referencias

}

Referencias

- Abanbari, C.; et al (2014) Prevalencia y factores asociados a stress laboral en el personal del servicio de emergencia del hospital “Jose Carrasco Arteaga”. *Med HCJA* 7(2):134-138
- Alcaraz,M.;Napoles,Y.;Chaveco,I.;Martinez,M.;Coello,J. (2010) La Historia Clínica : Un documento básico para el Personal Médico. *Medisan*14(7):1017-23
- Amador Cid Oscar. (2013, julio 9). Teoría de los dos factores de Herzberg. Recuperado de <http://www.gestiopolis.com/teoria-de-los-dos-factores-de-herzberg/>
- Aranda, C. ; Pando, M. ; Torres, T. ; Salazar, J.; Franco, S.;(2005).Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en Médicos de Familia. *An Fac med.* 66(3),225-31
- Ayala Moreno, S. (2007). Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el servicio de urgencias de la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional. (Tesis para optar el Título de Especialista en Auditoria en Salud). Universidad Autónoma de Bucaramanga, Santander, Colombia.
- Babbott, S.;Baier,L.;Brown,R, et al. Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO study. *JAmMedInformAssoc* 2014;21:e100-e106
- Beltrán Valdivieso, J. (2013). Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del hospital de clínicas Pichincha y del hospital Carlos Andrade Marin, de la Ciudad de Quito. (Tesis para optar el titulo de especialista en Medicina de Emergencias y Desastres). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. (3ª.ed). Colombia: Pearson Educación
- Cárdenas Ponce, J. Prevalencia de sd. de burnout y su influencia en la realización personal en los profesionales de las áreas críticas del hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social de la ciudad de Ambato. (Tesis para optar el Tltulo de Medico Cirujano. Universidad Tecnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Ambato, Ecuador).
- Del Olmo, F. (2008) La Historia clínica: Aspectos asistenciales. *Informaciones Psiquiátricas: Publicación Científica de los Centros de la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*. 191:43-72
- Fonseca, M.; et al (2010) Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp* 201(5):209-215
- Fuste, J.;et al (2002) Hacia la definición de un conjunto minimo básico de datos de atención primaria. *Aten Primaria* 30(4):229-235
- García.; et al (2000) Cumplimentación de la historia clínica. Concordancia entre dos sistemas de registro en un servicio de urgencias extra hospitalario. *Emergencias* 12:308-12
- Guzmán, F.; Arias, C. (2012) La Historia Clínica : Elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb cir* 27:15-24
- Herbas Hinojosa. (2001) Evaluación de la calidad de registro del expediente clínica del Hospital Salomón Klein gestión 2011. (Tesis para optar el titulo de Especialista en Medicina Tropical y Organización de los Servicios de Salud) . Universidad Mayor de San Simon. Cochabamba, Bolivia.
- Hernández Sampieri, R.; Fernadez Collado, C.; Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México DF, México . Ed. Mc Graw Hill 6ta ed.

- Laín E. Pedro. (2015) La Historia Clínica :historia y teoría del relato patográfico. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. {<http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc9g7h9>}/s
- Llanos,L.;Mayca,J.;Navarro. (2006).Auditoria medica de Historias Clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. *Rev Med Hered* 17(4):220-6
- Recuperado <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=585274&indexSearch=ID>
- Lopez, R.(2008) Conjunto Minimo de Datos.Ponencia. XXIX Congreso Nacional de la SEMI. La Coruña, 19-21 Noviembre. Recuperado de : <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xxix-congreso-semi/Dr.%20Lopez%20Gonzalez.pdf>
- Maslach, C. ; Jackson, S.(1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*. 2:99-113
- Maslach,C.;Jackson,S.;Leiter, M. (1986) Maslach Burnout Inventory, Third Edition., Palo Alto, California, EEUU. Consulting Psychologist Press
- Matzumura,J.;Gutierrez,H.;Sotomayor,J.;Pajuelo,G. (2014) Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonés 2010-2011. *An Fac med* 75(3):251-7
- Mondragón, M. (2014) Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención de fisioterapia. *Mov.Cient*.8(1):98-104
- Monje Alvarez, Carlos. (2011). Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. Guía Didáctica.Universidad Sur Colombiana. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Recuperado de : <https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+->

[+Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf](#)

- Murnaghan, J. (1973). Ambulatory medical care data : Reports of The Conference of Ambulatory Medical Care Records. *Medical Care*, XI(2)Supp:1-5
- Narváez Rodríguez, J. (2014) Calidad de registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, ginecobstetricia, cirugía y pediatría, Hospital General de Jaen 2014. (Tesis para optar el título de Médico Cirujano). Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú.
- Negrete, J. (2004) La mecánica del diagnóstico médico. Información Corriente CNIC,.Nro15
- Niquen Vera, E. (2013) Nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo. (Tesis para optar el Título de Bachiller en Medicina). Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú.
- Puecas,P.;Díaz. (2012) Calidad Técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital de ESSALUD de Chiclayo 2008-2010Rev *CuerpoMedHNAA* 5(2);5-10
- Reyes-Garcia, MN; et al (2012) Calidad de registro en la historia clínica informatizada de atención primaria *Med fam Andal* 13(2): 126-134
- Renau,J., Pérez, S. (2001). Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Papeles Médicos*, 10(1):32-40
- Rocano, E. (2008) Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de emergencia de un hospital general. *Rev Soc Peru Med Interna* 21(5):51-5
- Riondet, Beatriz (2007). Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica medica de Hospital Interzonal General de Agudos

- Gral. San Martin de La Plata. (Tesis para optar el Titulo de Maestría en Salud Publica). Universidad Nacional de la Plata . Buenos Aires, Argentina.
- Sabino, Carlos (1992). El proceso de investigación. Caracas Ed. Panapo. 3era Ed.
- Salom, J. (2003) Propuesta para una ampliación del concepto de clínica. *Acta med costarric* 45(2):75-6
- Sobreques,J.;Pinol,J. (2001) Historia clínica de atención Primaria: Calidad y factores asociados. *AtenPrimaria* 28(8):535-42
- Stetson,P., Balau, S.,Wren,J.,Segler, A. (2012) Assesing electronic note quality using PDQI-9 *Applied clinical informatics*. 3: 164-74
- Vásquez, M.; Maruy, A.; Verne, E.;(2014). Frecuencia del Síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el Personal de Salud del Servicio de Emergencia de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. *Rev Neuropsiquiatr* 77(3):168-73
- Velito, Adriana Silvia. (2010). La Historia Clinica como Instrumento de Calidad. Curso de Auditoria Medica del Hospital Aleman . Recuperado de :
<http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>
- Zafra, J. (2013). Calidad de registro en historias clínicas de un centro de salud del Callao. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 30(4):714-28

Anexos

Anexo A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

DESGASTE PROFESIONAL Y REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS EN EMERGENCIA PEDIATRICA DEL CENTRO MEDICO NAVAL,2017

Matriz de consistencia							
Título : Desgaste profesional y registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017							
Autor: Bch Carlos Alberto Palomino Basagoitia							
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
<p>Problema General: ¿ Cual es la asociacion entre el desgaste profesional y el registro de historias clinicas en emergencia pediatria del Centro Medico Naval Callao, 2017 ?</p> <p>Problemas Específicos: PE1 ¿Cuál es la asociacion entre el agotamiento emocional y el registro de historias clinicas en emergencia pediatria del Centro Medico Naval Callao, 2017 ?</p> <p>PE2 ¿Cuál es la asociacion entre la despersonalización y el registro de historias clinicas en emergencia pediatria del Centro Medico Naval Callao, 2017 ?</p> <p>PE3 ¿Cuál es la asociacion entre la realización personal y el registro de historias clinicas en emergencia pediatria del Centro Medico Naval Callao, 2017 ?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la asociacion entre el desgaste profesional y el registro de historias clinicas en emergencia pediatria del Centro Medico Naval Callao, 2017</p> <p>Objetivos específicos: OE1 Determinar la asociacion entre el agotamiento emocional y el registro de historias clinicas en emergencia pediatria del Centro Medico Naval Callao, 2017</p> <p>OE2 Determinar la asociacion entre la despersonalización y el registro de historias clinicas en emergencia pediatria del Centro Medico Naval Callao, 2017</p> <p>OE3 Determinar la asociacion entre la realización personal y el registro de historias clinicas en emergencia pediatria del Centro Medico Naval Callao, 2017</p>	<p>Hipótesis general: Existe asociacion significativa entre el desgaste profesional y el registro de historias clinicas en emergencia pediatria del Centro Medico Naval Callao, 2017</p> <p>Hipótesis específicas: H1 Existe asociacion significativa entre el agotamiento emocional y el registro de historias clinicas en emergencia pediatria del Centro Medico Naval Callao, 2017</p> <p>H2 Existe asociacion significativa entre la despersonalización y el registro de historias clinicas en emergencia pediatria del Centro Medico Naval Callao, 2017</p> <p>H3 Existe asociacion significativa entre la realización personal y el registro de historias clinicas en emergencia pediatria del Centro Medico Naval Callao, 2017</p>	Variable 1: Desgaste Profesional				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles o rangos
			Agotamiento Emocional		1,2,3,6,8,13,14,16,20	Diariamente (5) Algunas veces a la semana (4) Algunas veces al mes (3) Algunas veces al año (2) Nunca (1)	Alto >= 27 Intermedio 19-26 Bajo < 19 (Maslach,1986)
			Despersonalizacion		5,10,11,15,22		Alto >= 10 Intermedio 6-9 Bajo < 6 (Maslach,1986)
			Realizacion personal		4,7,9,12,17,18,19,21		Alto >= 40 Intermedio 34-39 Bajo < 0-33 (Maslach,1986)
			Variable 2: Registro de historias clínicas				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
			Estudio Clinico	Filiacion	1	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	Alto=20-14 Medio=13-7 Bajo=6-0
				Motivo de consulta	2	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Antecedentes	3	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Enfermedad actual	4	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	

				Funciones vitales	5	Completa = 1 2Incompleta = 1 No Existe = 0	Alto=6-4 Medio=5-3 Bajo=2-0
				Examen clínico	6	Completa = 1 2Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Plan de trabajo	7	Completa = 1 2Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Prioridad	8	Completa = 1 2Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Destino	9	Completa = 1 2Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Funciones Biologicas	10	Completa = 1 2Incompleta = 1 No Existe = 0	
			Diagnostico	Diagnostico Ingreso	11	Completa = 1 2Incompleta = 1 No Existe = 0	Alto=8-6 Medio=5-3 Bajo=2-0
				Diagnostico alta	12	Completa = 1 2Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Pronostico	13	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
			Evolucion/Examene s auxiliares	Identifica prob. En evolución	14	Completa = 1 2Incompleta = 1 No Existe = 0	Alto=4-3 Medio=2-1 Bajo=0
				Ex. Clínico de evolución	15	Completa = 1 2Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Ex. Laboratorio	16	Completa = 1 2Incompleta = 1 No Existe = 0	Alto=8-6 Medio=5-3 Bajo=2-0
				Exámenes Rx	17	Completa = 1 2Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Diagnostico	18	Completa = 2 Incompleta = 1	

						No Existe = 0	Alto=8-6 Medio=5-3 Bajo=2-0
				Plan de trabajo	19	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
			Tratamiento	Interconsultas	20	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Tratamiento inicial	21	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Tratamiento de alta	22	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
			Evolucion y complicaciones	Evolucion	23	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Complicaciones	24	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Alta medica	25	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Especifica indicaciones de alta	26	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
			Atributos de la Historia Clinica	Pulcritud	27	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Registro hora atención	28	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Letra legible	29	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	
				Sello y firma	30	Completa = 2 Incompleta = 1 No Existe = 0	

Tipo y diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
<p>Tipo: Básica pues está basada en un argumento teórico y su intención es desarrollar una teoría o extender, corregir o verificar el conocimiento</p> <p>Alcance : Descriptivo correlacional ya que la finalidad es conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o mas variables en un contexto en particular. (Hernandez,2014)</p> <p>Diseño: No experimental, ya que las variables independientes no se manipulan realizando inferencias acerca de las mismas sin ninguna intervención directa. De corte transversal porque se recolecta los datos en una sola oportunidad analizando variables y su interrelacion en un momento dado. (Hernandez,2014)</p> <p>Método:</p>	<p>Población: La población estará constituida por 21 pediatras de emergencia pediátrica del Centro Medico Naval</p> <p>Tipo de muestreo: Muestra censal</p> <p>Muestreo No probabilístico intencionado (Por conveniencia)</p> <p>Tamaño de muestra: La muestra estará constituida por 21 pediatras de emergencia pediátrica del Centro Medico Naval</p>	<p>Variable 1: Desgaste profesional</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Cuestionario</p> <p>Autor : Maslach,</p> <p>Año : 1986</p> <p>Adaptador: Bch. Carlos Palomino Basagoitia</p> <p>Monitoreo: Prueba piloto, validación por juicio de experto y la confiabilidad del instrumento por alfa de cronbach.</p> <p>Ámbito de Aplicación: Emergencia Pediátrica Centro Medico Naval</p> <p>Forma de Administración: Individual</p> <p>Tiempo de duración: 15'</p> <p>Variable 2: Registro de historias clínicas</p> <p>Técnicas: Revision Documentaria</p> <p>Instrumentos: Check List</p> <p>Autor: MINSA – NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica De Auditoría De La Calidad De Atención En Salud</p> <p>Año : 2011</p> <p>Adaptador: Bch. Carlos Palomino Basagoitia</p> <p>Monitoreo: Prueba piloto, validación por juicio de experto y la confiabilidad del instrumento por alfa de cronbach.</p> <p>Ámbito de Aplicación: Historias Clínicas de Emergencia Pediátrica del Mes de Noviembre</p> <p>Forma de Administración: Individual</p> <p>Tiempo de duración: 5'</p>	<p>DESCRIPTIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuadro De Frecuencia - Gráfico De Barras - Tablas De Contingencia <p>INFERENCIAL:</p> <p>Correlación De Rho De Spearman</p>

Anexo B: Instrumentos

Instrumento: Desgaste Laboral

Información general

CONDICIÓN LABORAL O CARGO	SEXO	EDA D
	M F	

A continuación se presenta una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en el. Le agradecemos que responda marcando con un aspa el recuadro que considere exprese mejor como se siente. No hay respuesta buena ni mala, siendo la mas adecuada aquella que exprese verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

Marque con un aspa (X) en la casilla del número que corresponda expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento según la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6
NUNCA	ALGUNAS VECES AL AÑO	ALGUNA VEZ AL MES	ALGUNAS VECES AL MES	ALGUNAS VECES A LA SEMANA	DIARIAMENTE

Nº	ITEMS	1	2	3	4	5	6
Agotamiento Emocional							
1	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.						
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.						
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.						
6	Siento que trabajar todo el dia con la gente me cansa.						

8	Siento que mi trabajo me esta desgastando						
13	Me siento frustrado por el trabajo						
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.						
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.						
20	Me siento como si estuviera al limite de mis posibilidades.						
Despersonalizacion		1	2	3	4	5	6
5	Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mi como si fuesen objetos impersonales.						
10	Siento que me he hecho mas duro con la gente.						
11	Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente.						
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.						
22	Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.						
Realizacion Personal		1	2	3	4	5	6
4	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.						
7	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.						
9	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.						
12	Me siento muy energico en mi trabajo.						
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.						
18	Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.						
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.						
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.						

Instrumento: Registro de Historia Clínica

Información general

CONDICIÓN LABORAL O CARGO	SEXO	EDA D
	M F	

A continuación se presenta una serie de enunciados acerca de la historia clínica realizada en emergencia pediátrica y su adecuado registro.

Marque con un aspa (X) en la casilla del número que corresponda de acuerdo a lo encontrado en la revisión de la misma según la siguiente escala:

0	1	2
NO EXISTE	COMPLETA	INCOMPLETA

Nº	ITEMS	0	1	2
Estudio Clínico				
1	Filiación			
2	Motivo de Consulta			
3	Antecedentes			
4	Enfermedad Actual			
5	Funciones Vitales			
6	Examen Físico			
7	Plan de Trabajo			
8	Prioridad			
9	Destino			
10	Funciones Biológicas			
Diagnostico		0	1	2
11	Diagnostico de ingreso			
12	Diagnostico de alta			
13	Pronostico			
Exámenes Auxiliares/Evolucion		0	1	2
14	Identifica problemas en evolucion			
15	Examen Clínico en evolucion			

16	Exámenes de laboratorio			
17	Exámenes Radiológicos			
18	Diagnostico en evolución			
19	Plan de trabajo en evolución			
20	Interconsultas en evolución			
Tratamiento		0	1	2
21	Tratamiento Inicial			
22	Tratamiento Etiológico			
Evolucion y Complicaciones		0	1	2
23	Evolucion de la enfermedad			
24	Complicaciones			
25	Alta medica			
26	Indicaciones de alta			
Atributos de la historia clínica		0	1	2
27	Pulcritud			
28	Registro hora atención			
29	Letra Legible			
30	Sello y firma			

Anexo C: Certificados de validez



ANEXO N° 4: MATRIZ DE VALIDACIÓN

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DESGASTE PROFESIONAL

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: AGOTAMIENTO EMOCIONAL								
1	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	✓		✓		✓		
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	✓		✓		✓		
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	✓		✓		✓		
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	✓		✓		✓		
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.	✓		✓		✓		
13	Me siento frustrado por el trabajo	✓		✓		✓		
14	Siento que estoy demasiado tiempo en el trabajo.	✓		✓		✓		
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	✓		✓		✓		
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2: DESPERSONALIZACION								
5	Siento que estoy tratando a algunos beneficiarios míos como si fuesen objetos impersonales.	✓		✓		✓		
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.	✓		✓		✓		
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	✓		✓		✓		



15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender personalmente.	✓		✓		✓		
22	Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3: REALIZACIÓN PERSONAL		SI	No	SI	No	SI	No	
4	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	✓		✓		✓		
7	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	✓		✓		✓		
9	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	✓		✓		✓		
12	Me siento muy enérgico en mi trabajo.	✓		✓		✓		
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	✓		✓		✓		
18	Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	✓		✓		✓		
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	✓		✓		✓		
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [☐] Aplicable después de corregir [☐] No aplicable [☐]



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD DE LA HABANA

Apellidos y nombres del juez validador, Dr. Mg: Dr. Sergio Estrella Sotelo DNI: 18168218

Especialidad del validador: Investigación - Docencia

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el contenido del ítem, es correcto, unido y directo.

208 de 111 del 2017

[Firma manuscrita]

Firma del Experto Informante.

ANEXO N° 4: MATRIZ DE VALIDACIÓN
CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE REGISTRO DE HISTORIA CLINICA

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
DIMENSIÓN 1: ESTUDIO CLINICO		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Filiación.	/		/		/		
2	Motivo de consulta.	/		/		/		
3	Antecedentes.	/		/		/		
4	Enfermedad actual.	/		/		/		
5	Funciones vitales.	/		/		/		
6	Examen clínico	/		/		/		
7	Plan de trabajo.	/		/		/		
8	Prioridad.	/		/		/		
9	Destino.	/		/		/		
10	Funciones biológicas	/		/		/		
DIMENSIÓN 2: DIAGNOSTICO		Si	No	Si	No	Si	No	
11	Diagnostico Ingreso.	/		/		/		



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

12	Diagnostico de alta.	✓		✓		✓		
13	Pronostico	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3: EVOLUCION/EXAMENES AUXILIARES		Si	No	Si	No	Si	No	
14	Identifica problemas en evolucion.	✓		✓		✓		
15	Examen clínico de evolucion	✓		✓		✓		
16	Exámenes de laboratorio.	✓		✓		✓		
17	Exámenes Rx.	✓		✓		✓		
18	Diagnostico.	✓		✓		✓		
19	Plan de trabajo.	✓		✓		✓		
20	Interconsultas.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 4: TRATAMIENTO		Si	No	Si	No	Si	No	
21	Tratamiento inicial.	✓		✓		✓		
22	Tratamiento de alta.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 5: EVOLUCION Y COMPLICACIONES		Si	No	Si	No	Si	No	
23	Evolucion	✓		✓		✓		
24	Complicaciones	✓		✓		✓		
25	Alta medica	✓		✓		✓		



26	Especifica indicaciones de alta	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 6: ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
27	Pulcritud	✓		✓		✓		
28	Registro hora atención	✓		✓		✓		
29	Letra legible	✓		✓		✓		
30	Sello y firma	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Recurrir opción Piloto

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ☒ [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg: Dr. Sotelo Estrada, Gato DNI: 18/68210

Especialidad del validador: Terapéutico - Neurología

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

28 de III del 2012

[Firma]

Firma del Experto Informante.

ANEXO N° 4: MATRIZ DE VALIDACIÓN

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DESGASTE PROFESIONAL

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: AGOTAMIENTO EMOCIONAL								
1	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	✓		✓		✓		
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	✓		✓		✓		
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	✓		✓		✓		
5	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	✓		✓		✓		
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.	✓		✓		✓		
13	Me siento frustrado por el trabajo	✓		✓		✓		
14	Siento que estoy demasiado tiempo en el trabajo.	✓		✓		✓		
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	✓		✓		✓		
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2: DESPERSONALIZACIÓN								
5	Siento que estoy tratando a algunos beneficiarios míos como si fuesen objetos impersonales.	✓		✓		✓		
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.	✓		✓		✓		



11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	✓		✓		✓	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender personalmente.	✓		✓		✓	
22	Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	✓		✓		✓	
DIMENSIÓN 3: REALIZACIÓN PERSONAL		Si	No	Si	No	Si	No
4	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	✓		✓		✓	
7	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	✓		✓		✓	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	✓		✓		✓	
12	Me siento muy enérgico en mi trabajo.	✓		✓		✓	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	✓		✓		✓	
18	Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	✓		✓		✓	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	✓		✓		✓	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Existe Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir ☐ No aplicable ☐



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Dra. Violeta Cadenillas Albornoz ONI: 09748659
Especialidad del validador: Metodología

de del 20

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Firma del Experto Informante.

Violeta Cadenillas Albornoz
Dra. Violeta Cadenillas Albornoz
C.P.P. 1003748659

12	Diagnostico de alta.	✓		✓		✓		
13	Pronostico	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3: EVOLUCION/EXAMENES AUXILIARES		Si	No	Si	No	Si	No	
14	Identifica problemas en evolucion.	✓		✓		✓		
15	Examen clínico de evolucion	✓		✓		✓		
16	Exámenes de laboratorio.	✓		✓		✓		
17	Exámenes Rx.	✓		✓		✓		
18	Diagnostico.	✓		✓		✓		
19	Plan de trabajo.	✓		✓		✓		
20	Interconsultas.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 4: TRATAMIENTO		Si	No	Si	No	Si	No	
21	Tratamiento inicial.	✓		✓		✓		
22	Tratamiento de alta.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 5: EVOLUCION Y COMPLICACIONES		Si	No	Si	No	Si	No	
23	Evolucion	✓		✓		✓		
24	Complicaciones	✓		✓		✓		
25	Alta medica	✓		✓		✓		

ANEXO N° 4: MATRIZ DE VALIDACIÓN

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE REGISTRO DE HISTORIA CLINICA

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
DIMENSIÓN 1: ESTUDIO CLINICO		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Filiacion.	✓		✓		✓		
2	Motivo de consulta.	✓		✓		✓		
3	Antecedentes.	✓		✓		✓		
4	Enfermedad actual.	✓		✓		✓		
5	Funciones vitales.	✓		✓		✓		
6	Examen clinico	✓		✓		✓		
7	Plan de trabajo.	✓		✓		✓		
8	Prioridad.	✓		✓		✓		
9	Destino.	✓		✓		✓		
10	Funciones biologicas	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2: DIAGNOSTICO		Si	No	Si	No	Si	No	
11	Diagnostico Ingreso.	✓		✓		✓		



26	Especifica indicaciones de alta	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 6: ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA		SI	No	SI	No	SI	No	
27	Pulcritud	✓		✓		✓		
28	Registro hora atención	✓		✓		✓		
29	Letra legible	✓		✓		✓		
30	Sello y firma	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Existe suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [☒] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg: Dra. Violencia Cadenillas Alvaroz DNI: 09748659

Especialidad del validador: Metodología

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 *Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo.
 *Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

En del 20
Cadenillas A
 Dra. Violencia Cadenillas Alvaroz
 C.P.F. 1009748659
 Firma del Experto Informante.

ANEXO N° 4: MATRIZ DE VALIDACIÓN

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DESGASTE PROFESIONAL

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: AGOTAMIENTO EMOCIONAL								
1	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	/		/		/		
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	/		/		/		
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	/		/		/		
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	/		/		/		
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.	/		/		/		
13	Me siento frustrado por el trabajo.	/		/		/		
14	Siento que estoy demasiado tiempo en el trabajo.	/		/		/		
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	/		/		/		
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	/		/		/		
DIMENSIÓN 2: DESPERSONALIZACION								
5	Siento que estoy tratando a algunos beneficiarios míos como si fuesen objetos impersonales.	/		/		/		
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.	/		/		/		
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	/		/		/		


ESCUELA DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES

15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender personalmente.	/		/		/		
22	Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	/		/		/		
DIMENSIÓN 3: REALIZACIÓN PERSONAL		Si	No	Si	No	Si	No	
4	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	/		/		/		
7	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	/		/		/		
9	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	/		/		/		
12	Me siento muy enérgico en mi trabajo.	/		/		/		
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	/		/		/		
18	Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	/		/		/		
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	/		/		/		
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	/		/		/		

 Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

 Opinión de aplicabilidad: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir ☐ No aplicable ☐

ESCUELA DE POSTGRADO

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Miguel Ángel Rodríguez Vázquez DNI: 28011501

Especialidad del validador: Dr. David Pérez

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
*Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo.
*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

[Firma]
Firma del Experiado Informante.



ESCUELA DE POSTGRADO

Universidad del Valle

ANEXO N° 4: MATRIZ DE VALIDACIÓN

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE REGISTRO DE HISTORIA CLINICA

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: ESTUDIO CLINICO								
1	Filiación.	/		/		/		
2	Motivo de consulta.	/		/		/		
3	Antecedentes.	/		/		/		
4	Enfermedad actual.	/		/		/		
5	Funciones vitales.	/		/		/		
6	Examen clínico	/		/		/		
7	Plan de trabajo.	/		/		/		
8	Prioridad.	/		/		/		
9	Destino.	/		/		/		
10	Funciones biológicas	/		/		/		
DIMENSIÓN 2: DIAGNOSTICO								
11	Diagnostico Ingreso.	/		/		/		



ESCUELA DE POSTGRADO

Universidad de Chile

ANEXO N° 4: MATRIZ DE VALIDACIÓN

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA

N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
DIMENSIÓN 1: ESTUDIO CLÍNICO								
1	Filiación.	/		/		/		
2	Motivo de consulta.	/		/		/		
3	Antecedentes.	/		/		/		
4	Enfermedad actual.	/		/		/		
5	Funciones vitales.	/		/		/		
6	Examen clínico	/		/		/		
7	Plan de trabajo.	/		/		/		
8	Prioridad.	/		/		/		
9	Destino.	/		/		/		
10	Funciones biológicas	/		/		/		
DIMENSIÓN 2: DIAGNOSTICO								
11	Diagnostico Ingreso.	/		/		/		


ESCUELA DE POSTGRADO

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

12	Diagnostico de alta.	/		/		/		
13	Pronostico	/		/		/		
DIMENSIÓN 3: EVOLUCION/EXAMENES AUXILIARES		Si	No	Si	No	Si	No	
14	Identifica problemas en evolucion.	/		/		/		
15	Examen clínico de evolucion	/		/		/		
16	Exámenes de laboratorio.	/		/		/		
17	Exámenes Rx.	/		/		/		
18	Diagnostico.	/		/		/		
19	Plan de trabajo.	/		/		/		
20	Interconsultas.	/		/		/		
DIMENSIÓN 4: TRATAMIENTO		Si	No	Si	No	Si	No	
21	Tratamiento inicial.	/		/		/		
22	Tratamiento de alta.	/		/		/		
DIMENSIÓN 5: EVOLUCION Y COMPLICACIONES		Si	No	Si	No	Si	No	
23	Evolucion	/		/		/		
24	Complicaciones	/		/		/		
25	Alta medica	/		/		/		


ESCUELA DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

26	Especifica indicaciones de alta	/		/		/		
DIMENSIÓN 6: ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
27	Pulcritud	/		/		/		
28	Registro hora atención	/		/		/		
29	Letra legible	/		/		/		
30	Sello y firma	/		/		/		

 Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

 Opinión de aplicabilidad: Aplicable [☒] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

 Apellidos y nombres del juez validador Dr/Mg: Dr. JORGE G. LARREA VELAZCO DNI: 20071507

 Especialidad del validador: Dr. Salud Bucal
¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Firma del Experto Informante.

**Anexo D: Documentación de validación
CARTA DE PRESENTACIÓN**

Señor: Dr. Jorge Laguna Velazco

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Post-grado con mención en Gestión de Servicios de Salud de la UCV, en la sede Los Olivos, promoción 2015-2, aula B, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optare el grado de Magíster.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: Desgaste Profesional y registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- 1. Anexo N° 1: Carta de presentación**
- 2. Anexo N° 2: Definiciones conceptuales de las variables**
- 3. Anexo N° 3: Matriz de operacionalización**
- 4. Anexo N° 4: Certificado de validez de contenido instrumentos**
- 5. Anexo N° 5: Matriz de consistencia**

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente. Atentamente.

Carlos Alberto Palomino Basagoitia

DNI: 08201130.

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: Dr. Jorge Laguna Velazco

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Post-grado con mención en Gestión de Servicios de Salud de la UCV, en la sede Los Olivos, promoción 2015-2, aula B, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optare el grado de Magíster.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: Desgaste Profesional y registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- 6. Anexo N° 1: Carta de presentación**
- 7. Anexo N° 2: Definiciones conceptuales de las variables**
- 8. Anexo N° 3: Matriz de operacionalización**
- 9. Anexo N° 4: Certificado de validez de contenido instrumentos**
- 10. Anexo N° 5: Matriz de consistencia**

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente. Atentamente.

Carlos Alberto Palomino Basagoitia

DNI: 08201130.

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: Dr. Jorge Laguna Velazco

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Post-grado con mención en Gestión de Servicios de Salud de la UCV, en la sede Los Olivos, promoción 2015-2, aula B, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optare el grado de Magíster.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: Desgaste Profesional y registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval Callao, 2017 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- 11.Anexo N° 1: Carta de presentación**
- 12.Anexo N° 2: Definiciones conceptuales de las variables**
- 13.Anexo N° 3: Matriz de operacionalización**
- 14.Anexo N° 4: Certificado de validez de contenido instrumentos**
- 15.Anexo N° 5: Matriz de consistencia**

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente. Atentamente.

Carlos Alberto Palomino Basagoitia

DNI: 08201130

Anexo E: base de datos de la confiabilidad

Variable 1 : Desgaste profesional

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	3	3	2	1	2	1	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	4	2	3	1
3	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	4	4	1	5	1	1	1	1	1	1	1	2
4	3	4	3	2	3	2	1	3	1	2	2	4	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3
5	4	5	4	1	3	3	1	4	1	4	4	2	4	4	2	4	3	3	4	4	4	1
6	3	5	4	1	4	3	2	5	3	4	4	2	3	5	1	3	2	2	2	3	5	3
7	2	3	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1
8	1	4	3	1	4	4	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	3	3	2	2	3	1
9	2	3	2	1	1	2	1	2	4	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2
10	2	3	3	2	4	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	4	2	3	2	3	3	3
11	4	5	4	4	4	4	3	5	4	4	4	4	3	3	1	3	4	3	3	4	4	4
12	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3
14	4	3	2	2	3	4	3	4	3	4	3	3	4	3	5	3	4	2	4	5	5	4
15	4	5	3	2	2	3	1	5	2	3	4	4	3	2	2	3	3	3	3	4	2	4
16	5	5	4	4	3	5	4	5	4	4	4	4	5	3	3	4	4	3	4	5	4	3
17	4	5	4	2	4	4	1	4	2	4	3	3	4	3	2	3	3	4	4	4	5	4
18	4	5	3	1	4	3	4	4	3	4	4	3	4	5	5	4	3	2	3	4	4	3
19	5	5	4	4	4	5	4	5	4	5	5	3	4	5	5	4	4	3	4	4	4	5
20	4	5	4	3	4	5	4	4	3	5	5	3	3	5	3	4	4	4	4	5	4	4
21	4	5	4	3	4	4	3	4	2	4	4	3	3	5	3	3	2	3	2	5	3	4

Variable 2 : Registro Historia Clinica

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	0
4	2	0	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	2	1	1	1	0
5	1	2	1	2	2	2	0	2	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	1	1	1	2	1
6	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	0	1	0	0	1	2	0	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
7	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	0	1	1	0	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
8	1	1	2	1	1	1	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	1	0	1	1	0
9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2
10	1	2	2	1	1	1	2	0	2	2	2	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
11	1	0	2	2	1	1	0	2	1	2	1	2	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	1	2	1	1	1	2	1
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
13	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2
14	2	2	2	2	1	2	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	1	1	2
15	1	1	2	1	1	0	2	2	1	2	1	2	1	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0
17	0	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1	2	1	1	1	1	1	1	0
18	0	1	1	1	0	0	1	2	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	0
19	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1
20	1	2	0	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	2	0	1	0	0	1	1	0
21	1	2	2	1	0	1	0	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	1	0	2

Anexo F: Base de datos del estudio

Variable 1 : Desgaste profesional

N°	1	2	3	6	8	13	14	16	20	D1	5	10	11	15	22	D2	4	7	9	12	17	18	19	21	D3	Total V1
1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	25
2	3	3	2	1	2	2	3	2	2	20	2	2	3	2	1	10	1	3	2	2	2	2	4	3	19	39
3	1	2	1	2	2	1	5	1	1	16	1	1	4	1	2	9	1	1	1	4	1	1	1	1	11	36
4	3	4	3	2	3	3	3	2	3	26	3	2	2	2	3	12	2	1	1	4	2	2	2	2	16	54
5	4	5	4	3	4	4	4	4	4	36	3	4	4	2	1	14	1	1	1	2	3	3	4	4	19	69
6	3	5	4	3	5	3	5	3	3	34	4	4	4	1	3	16	1	2	3	2	2	2	2	5	19	69
7	2	3	1	2	2	2	2	1	2	17	1	2	2	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	32
8	1	4	3	4	3	1	2	2	2	22	4	3	2	2	1	12	1	2	2	3	3	3	2	3	19	53
9	2	3	2	2	2	1	2	2	2	18	1	2	2	1	2	8	1	1	4	1	1	1	1	1	11	37
10	2	3	3	3	3	3	3	4	3	27	4	3	3	3	3	16	2	1	2	3	2	3	2	3	18	61
11	4	5	4	4	5	3	3	3	4	35	4	4	4	1	4	17	4	3	4	4	4	3	3	4	29	81
12	2	2	2	2	2	1	2	1	1	15	1	1	1	1	2	6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	29
13	1	1	1	1	1	1	1	1	2	10	1	2	2	1	3	9	1	1	1	2	2	1	1	2	11	30
14	4	3	2	4	4	4	3	3	5	32	3	4	3	5	4	19	2	3	3	3	4	2	4	5	26	77
15	4	5	3	3	5	3	2	3	4	32	2	3	4	2	4	15	2	1	2	4	3	3	3	2	20	67
16	5	5	4	5	5	5	3	4	5	41	3	4	4	3	3	17	4	4	4	4	4	3	4	4	31	89
17	4	5	4	4	4	3	4	3	4	35	4	4	3	3	4	18	2	1	4	3	3	4	4	5	26	79
18	4	5	3	3	4	4	5	4	4	36	4	4	4	5	3	20	1	4	3	3	4	2	3	4	24	80
19	5	5	4	5	5	4	5	4	4	41	4	5	5	5	5	24	4	4	4	5	4	3	4	4	32	97
20	4	5	4	5	4	3	5	4	5	39	4	5	5	3	4	21	3	4	3	3	4	4	4	4	29	89
21	4	5	4	4	4	3	5	3	5	37	4	4	4	3	4	19	3	3	2	3	2	3	2	3	21	77

Variable 2 : Registro Historia Clinica

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D1	11	12	13	D2	14	15	16	17	18	19	20	D3	21	22	D4	23	24	25	26	D5	27	28	29	30	D6	T
1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	18	2	2	1	5	2	1	2	2	2	2	2	13	2	2	4	2	2	2	1	7	2	2	2	2	8	55
2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	18	2	2	1	5	1	1	1	1	1	1	1	7	2	2	4	1	2	2	2	7	2	2	2	2	8	49
3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	19	2	2	1	5	2	1	1	1	2	1	2	10	2	2	4	1	2	2	2	7	2	1	2	0	5	50
4	2	0	2	2	0	2	1	2	2	2	15	2	2	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	2	2	5	1	1	1	0	3	30
5	1	2	1	2	2	2	0	2	2	0	14	1	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	2	1	4	1	1	2	1	5	28
6	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	13	2	1	1	4	0	1	0	0	1	2	0	4	2	1	3	2	1	1	1	5	1	1	1	1	4	33
7	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	18	2	2	2	6	2	1	0	0	1	1	0	5	2	2	4	2	1	2	2	7	2	2	1	2	7	47
8	1	1	2	1	1	1	2	1	0	1	11	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	1	0	1	1	3	0	1	1	0	2	22
9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	2	2	2	6	1	2	1	2	1	1	1	9	1	2	3	1	2	1	2	6	2	2	1	2	7	51
10	1	2	2	1	1	1	2	0	2	2	14	2	1	2	5	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	1	1	2	1	5	1	1	1	2	5	32
11	1	0	2	2	1	1	0	2	1	2	12	1	2	1	4	0	0	0	0	1	2	0	3	1	0	1	1	1	2	1	5	1	1	2	1	5	30
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	2	2	2	6	2	2	1	1	1	2	2	11	1	2	3	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	56
13	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	18	2	1	2	5	1	1	1	1	1	1	1	7	1	2	3	1	1	2	2	6	2	1	2	2	7	46
14	2	2	2	2	1	2	2	2	2	0	17	2	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	2	1	3	1	1	1	2	5	31
15	1	1	2	1	1	0	2	2	1	2	13	1	2	1	4	0	0	0	0	1	1	0	2	2	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	30
16	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	5	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	2	0	1	1	1	3	0	1	0	0	1	15
17	0	2	1	1	2	1	2	2	2	2	15	2	2	0	4	0	1	0	0	1	0	0	2	2	1	3	2	1	1	1	5	1	1	1	0	3	32
18	0	1	1	1	0	0	1	2	0	1	7	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	0	1	1	1	3	1	2	1	0	4	20
19	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	0	1	0	0	1	1	2	12
20	1	2	0	1	0	1	0	2	0	0	7	1	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	1	2	0	1	0	3	0	1	1	0	2	17
21	1	2	2	1	0	1	0	0	2	1	10	2	2	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	2	1	3	1	1	0	2	4	31

Anexo G Artículo científico**Desgaste Profesional y Registro de Historia Clínica en Emergencia
Pediátrica del Centro Médico Naval Callao, 2017****Universidad Cesar Vallejo Filial Lima Norte****Autor : Bch. Carlos Palomino Basagoitia****Centro Médico Naval, Callao****Palominoa26@hotmail.com****RESUMEN**

En los servicios de emergencia se presenta con frecuencia desgaste profesional así como deficiencias en el registro de la historia clínica de emergencia. Se trató de establecer la asociación que existía entre el desgaste profesional y el registro de la historia clínica en Médicos pediatras del Centro médico Naval, Callao. Se trató de un estudio de tipo retrospectivo y descriptivo, de alcance correlacional asociativo y transversal en el cual se utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar desgaste profesional y el instrumento “Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de Emergencias “ el que se encuentra en la NT Nro 22- MINSA/DGSP – 2002 los mismos que se aplicaron a una población de 21 pediatras que hacen guardia en emergencia pediátrica. Los resultados se analizaron para encontrar asociación entre las variables a través de la prueba de chi cuadrado de Pearson. Se encontró asociación significativa entre desgaste profesional y registro de historia clínica con un valor de chi cuadrado de 42.00 con una significancia de 0,00 . Se concluye que el desgaste profesional en emergencia pediátrica influye en el adecuado registro de la historia clínica, recomendándose la intervención para disminuir el desgaste profesional entre los pediatras que hacen guardia en emergencia pediátrica con la finalidad de mejorar la calidad de la historia clínica y por lo tanto la atención a los pacientes de este servicio.

SUMMARY

Frequently there is professional burnout in emergency services as well as deficiencies in the record of the emergency medical history. It was tried to establish the association that existed between the professional burnout and the record of the clinical history in Pediatricians of the Naval Medical Center, Callao.

The study was of the retrospective and descriptive type, with an associative correlation and cross-sectional scope, in which the Maslach Burnout Inventory (MBI) instrument was used to evaluate professional burnout and the instrument "Audit Form for the Quality of Emergency Care" , which is found in NT No. 22 - MINSA / DGSP – 2002 instruments that were applied to a population of 21 pediatricians who work in pediatric emergency. The results were analyzed to find association between the variables through the Pearson's chi square test. We found a significant association between burnout and record of clinical history with a chi square value of 42.00 with a significance of 0.00. It was concluded that the professional burnout in pediatric emergency influences the adequate record of the clinical history, recommending the intervention to reduce the professional burnout among the pediatricians who work in pediatric emergency in order to improve the quality of clinical history as well as care for the patients of this service.

PALABRAS CLAVE

Desgaste Profesional. Registro de Historia clínica. Emergencia Pediátrica

INTRODUCCION

La Historia Clínica es un documento asistencial y legal que sirve para registrar los actos asistenciales de los pacientes que acuden a un Centro Asistencial así como para actividades de investigación y docencia. Para que cumpla sus funciones adecuadamente, debe ser correctamente llenada por el profesional responsable y dentro de esto se considera la calidad de la Historia Clínica como instrumento para evaluarla y que sirva así mismo para cumplir los fines para los que ha sido establecida. Así, en una revisión estadística del Servicio de Medicina Crítica Pediátrica del Centro Medico Naval del Callao, se encontró que el 76% de los Pediatras tenían historias incompletas, y que el 9% de las historias en un periodo estaban incompletas mientras que más del 29% de las historias incompletas correspondían a pediatras que laboraban en el turno noche (Cuadernos de registro de Emergencia Pediátrica– Servicio de Medicina Crítica Pediátrica. Centro Medico Naval, Enero-Diciembre 2015).

ANTECEDENTES

Los trabajos realizados en cuanto a desgaste profesional en emergencia son concluyentes, la mayoría corroborando la existencia de la misma. Así, Abambari

en el 2014 encontró una prevalencia de 12.2 % de stress laboral en emergencia; Fonseca en el 2010 encontró niveles altos (69.7%) de burnout en residentes de emergencia; sin embargo, Vásquez en el 2014 encontró prevalencia de 3.76% de desgaste en personal de emergencia. Por otro lado, muchos estudios tratan acerca del registro de historia clínica y los factores que influyen en el. Matsumura en el 2014 y Puescas en el 2012 utilizaron el mismo instrumento que se uso en nuestro estudio para evaluar las historias clínicas, encontrando el primero 32.8% de historias regulares, mientras que el segundo encontró valores de historias malas del 29.2%. En la asociación de desgaste profesional en emergencia y registro de historia clínica, Babbott en el 2013 encontró que el mayor número de funciones en la historia clínica de emergencia estaba asociada con burnout. Los estudios de Fonseca y Vásquez determinaron niveles de burnout en emergencia, asociados en el primer caso al mayor número de guardias y en el segundo al mayor horario de trabajo; ambos aspectos relacionados con el tiempo y en forma directa con el registro de la historia clínica.

REVISION DE LA LITERATURA

Años después, Maslach y Jackson (1986), definieron el Desgaste Profesional como una enfermedad originada por cuadros persistentes de stress que suele presentarse en trabajadores de profesiones que están vinculadas con el trato directo a las personas las mismas que se encuentran con necesidades o situaciones de dependencia que requieren atención constante y especializada. Dentro de su descripción de este síndrome los mismos autores establecieron un modelo multidimensional con 3 dimensiones claramente definidas, las mismas que se conocen y aceptan formalmente como agotamiento emocional, despersonalización y disminución de realización personal.

Las Dimensiones del desgaste profesional fueron determinadas por Maslach, quien afirmó que el agotamiento emocional es un estado que se da en el momento que las actividades del profesional lo cansan de tal manera que la persona empieza a sentirse vacío, sin idea, sin rumbo; la despersonalización es una manifestación que incluye falta de interés, cinismo y también falta de empatía y la falta de realización personal es la sensación que tiene el trabajador que la actividad que realiza ya no vale la pena, no tiene orden ni sentido llegando

finalmente a perder las ganas de trabajar, el logro de un objetivo, la mejora dentro de su trabajo.

La Historia Clínica es el relato de la experiencia en relación a la terapéutica y el diagnóstico que hace el médico. Puede también relacionarse con una especie de estudio biográfico de la enfermedad tal como es vista la enfermedad por el médico, (Lain Entralgo, 2015).

Renau (2001) en su extensa revisión acerca de la calidad de la historia clínica, plantea que esta evaluación puede dividirse en dos tipos. Uno de ellos es el de la evaluación Completa, en la cual se quieren lograr historias completas cuya característica es que deben llenarse las historias que no están completas en un plazo establecido y es de tipo objetivo. El otro tipo es la revisión en la cual no se llegan a completar las historias clínicas pero se informan los resultados a los autores para conocimiento y generalmente es elaborada por los Comités de historias Clínicas. Dentro de ambos tipos, se realizan dos clases de revisión: Tipo Cuantitativo: De tipo objetivo, realizado por personal con experiencia en revisión de historias y determina la falta de datos y el orden de los mismos. Los componentes de este tipo de revisión son los siguientes: Paciente identificado en todas las hojas de la Historia Clínica, Todas las partes de la Historia clínica completas y presentes, Todas las intervenciones del profesional de la salud firmadas con fecha y horas, Todos los documentos parte de la Historia clínica deben ser formatos normados por el establecimiento, Historia Clínica ordenada, y Realización de anotaciones y/o correcciones de acuerdo a un parámetro correcto. Tipo Cualitativo: De tipo Subjetivo, realizado por el personal asistencial y se revisa básicamente el contenido de la historia clínica. Los componentes de este tipo de revisión son los siguientes : Diagnósticos adecuados, coherentes y completos, Cuidado de mantener secuencia, orden y coherencia en todas las anotaciones de los profesionales, Evoluciones con detalle y descripción adecuados, Hojas de consentimiento informado registrada y debidamente llenadas, Anotaciones dentro de la historia que mantengan prácticas adecuadas de gramática, orden y lenguaje, y Debe tenerse registro de eventos adversos.

El presente estudio busca encontrar si existía asociación entre el desgaste profesional y el registro de historias clínicas en emergencia pediátrica del Centro

Medico Naval Callao así como las asociaciones entre las dimensiones del desgaste (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) y el registro de historia clínica en la misma población. Por lo tanto, los objetivos fueron dirigidos a demostrar las asociaciones entre las variables antes mencionadas.

METODOLOGIA

El marco metodológico del estudio estuvo enmarcado en el método hipotético deductivo y el enfoque cualitativo. Para este estudio la investigación fue de tipo descriptivo; y el diseño fue No experimental; dentro de este diseño fue además transversal y su alcance fue correlacional asociativa. La población estuvo constituida por 21 médicos pediatras que hacen guardia en diferentes turnos del servicio de emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao, 2017; estando la muestra constituida por la misma población, por lo tanto no se utilizó técnica de muestreo. Los criterios de inclusión fueron historias clínicas y médicos pediatras que laboran en el Centro Medico Naval y hacen guardia en Emergencia pediátrica y la historia clínica de emergencia pediátrica realizada por el médico pediatra en su turno de mayor demanda del mes. Para evaluar la variable desgaste profesional se utilizó el método de la encuesta a través del cuestionario; y para la variable registro de historia clínica el método de revisión documentaria a través de Check list. El instrumento para medir el desgaste profesional fue el Malasch burnout inventory, dando lugar a la valoración de calidad del mismo a través de la suma de los valores de cada una de sus dimensiones. El instrumento para evaluar registro de historia clínica fue la “Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de Emergencias”, la misma que es un análisis Documentario a través del cual se realizara una revisión cualitativa y cuantitativa de las historias clínicas seleccionadas. El instrumento estructurado de 30 ítems con escala politomica que permitió hacer una valoración tanto cuantitativa como cualitativa de la Historia Clínica, dando lugar a la valoración de calidad de la misma a través de la suma de los valores de cada una de sus dimensiones. Ambos instrumentos fueron sometidos a validación por juicio de expertos, alcanzando calificación buena; asimismo fueron sometidas a la medición de confiabilidad a través de alfa de Cronbach, obteniéndose 0.975 y 0.841 respectivamente para cada variable. Se

utilizó Estadística descriptiva para mostrar porcentajes en tablas y gráficas con la finalidad de presentar la distribución de los datos y tablas de contingencias; se utilizó Estadística inferencial para estimar parámetros y probar hipótesis basándose en la distribución muestral de los datos a través de análisis No Paramétricos utilizando y la prueba de chi cuadrado para estimar el grado de asociación entre las variables.

RESULTADOS

Los resultados del análisis descriptivo de los datos del presente estudio se muestran en las siguientes tablas :

Tabla 1 : *Distribución de la variable desgaste profesional y sus dimensiones*

	DESGASTE PROFESIONAL	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
ALTO	14.3%	42.8%	23.8%	9.5%
MEDIO	52.4%	33.3%	42.9%	52.4%
BAJO	33.3%	23.7%	33.3%	38.1%

Se observa que en la variable desgaste profesional el mayor porcentaje correspondió al nivel medio (52.4%); en la dimensión agotamiento emocional el mayor porcentaje correspondió al nivel alto (42.8%); en la dimensión despersonalización el mayor porcentaje correspondió al nivel medio (42.9%) y en la dimensión realización personal el mayor porcentaje correspondió al nivel medio (52.4%).

Tabla 2: *Distribución de la variable registro de HC y sus dimensiones*

	REGISTRO HC	ESTUDIO CLINICO	DIAGNOSTICO	EXAMENES AUXILIARES	TRATAMIENTO	EVOLUCION
BUENO	33.3%	57.2%	47.6%	66.6%	57.2%	33.4%
REGULAR	52.4%	33.3%	33.3%	19.1%	38.1%	33.3%
MALO	14.3%	9.5%	19.1%	14.3%	4.7%	33.3%

Se observa que en la variable registro de historia clínica el mayor porcentaje correspondió al nivel regular (52.4%); en la dimensión estudio clínico el mayor porcentaje correspondió al nivel bueno (57.2%); en la dimensión diagnóstico el mayor porcentaje correspondió al nivel bueno (47.6%); en la dimensión exámenes auxiliares el mayor porcentaje correspondió al nivel bueno (66.6 %); en la dimensión tratamiento el mayor porcentaje correspondió al nivel bueno (57.2%); en la dimensión evolución el mayor porcentaje correspondió al nivel bueno (33.4%) y en la dimensión atributos el mayor porcentaje correspondió al nivel bueno (52.4 %).

En los resultados del análisis descriptivo de desgaste profesional y registro de historia clínica, se mostro que si el nivel de desgaste profesional es de un nivel alto, el 14.3% de los médicos muestran un nivel malo de registro de historia clínica sin registrarse niveles regular ni bueno en este grupo; mientras que si el desgaste profesional es de un nivel medio, el 52.4% de los médicos muestran un nivel regular de registro de historia clínica sin registrarse niveles malo ni bueno en este grupo ; y si el nivel de desgaste profesional es de un nivel bajo, el 33.3% de los médicos muestran un nivel bueno de registro de historia clínica sin registrarse niveles ni malo ni regular en este grupo.

En los resultados de análisis inferencial a través de la prueba de chi cuadrado, se mostro que existe asociación significativa entre desgaste profesional (42.00), agotamiento emocional (24.82), despersonalización (23.39) y falta de realización personal (19.04) y el registro de historia clínica, con una significación de 0.001 .

DISCUSION

En relación al registro de historia clínica, Matzumura (2014) obtuvo un 63.8% de registro aceptable o bueno y un 32.8% de registro por mejorar o regular; mientras que Rocano (2008) encontró un 64% de historias clínicas con un registro regular; y Beltrán (2013) en su revisión de historias clínicas halló que el 52.05% tenían información completa, catalogadas como buen registro. En el presente estudio, se encontró que el registro fue bueno en el 33,3% de las historias clínicas, regular en el 52.4% de las historias clínicas y malo en el 14.3% de las historias clínicas,

resultados que se comparan mejor con los de Rocano y no tanto con los de Matzumura y Beltran. Matzumura revisa registros de consultorio externo que podrían tener cierto sesgo ya que no están sometidos al stress de emergencia, de ahí sus altos niveles de aceptabilidad mientras que los de Beltrán si bien son de historias de emergencia, se trata de documentos que se utilizan de forma establecida en todo el sistema de salud al cual pertenece el establecimiento estudiado por Beltrán y por lo tanto son conocidos siendo una debilidad no definir cuál porcentaje de las historias son calificadas como regulares.

Por otro lado, la correlación encontrada entre mayor desgaste y menor registro de historia clínica ($p < 0.001$) es similar a lo encontrado por Babbott (2013), quien utilizando un modelo de regresión encuentra relación entre stress profesional y las actividades múltiples en la historia de emergencia emergencia que llevan a déficit en el desempeño; también en relación a lo encontrado por Cárdenas (2014) en su trabajo sobre stress y realización profesional encontrando los factores que afectan el desempeño profesional.

CONCLUSIONES

Existe asociación significativa entre desgaste profesional, agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal y el registro de historia clínica en pediatras que hacen guardia en emergencia pediátrica del Centro Medico Naval, Callao.

REFERENCIAS

Abanbari, C.; et al (2014) Prevalencia y factores asociados a stress laboral en el personal del servicio de emergencia del hospital "Jose Carrasco Arteaga". Med HCJA 7(2):134-138

Ayala Moreno, S. (2007). Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el servicio de urgencias de la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional. (Tesis para optar el Título de Especialista en Auditoria en Salud). Universidad Autónoma de Bucaramanga, Santander, Colombia.

Babbott, S.;Baier,L.;Brown,R, et al. Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO study. JAmMedInformAssoc 2014;21:e100-e106

Cardenas Ponce, J. Prevalencia de sd. de burnout y su influencia en la realización personal en los profesionales de las áreas críticas del hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social de la ciudad de Ambato. (Tesis para optar el Tutulo de Medico Cirujano) Universidad Tecnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Ambato, Ecuador.

Matzumura, J.;Gutierrez,H.;Sotomayor,J.;Pajuelo,G. (2014) Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonés 2010-2011. An Fac med 75(3):251-7

Narvaez Rodriguez, J. (2014) Calidad de registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, ginecobstetricia, cirugía y pediatría, Hospital General de Jaen 2014. (Tesis para optar el titulo de Medico Cirujano). Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú.

Niquen Vera, E. (2013) Nivel de calidad del registro de historias clinicas elaboradas por internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo. (Tesis para optar el Título de Bachiller en Medicina). Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú.

Puecas,P.;Diaz,C. (2012) Calidad Técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital de ESSALUD de Chiclayo 2008-2010Rev CuerpoMedHNAA 5(2);5-10

Renau,J., Perez, S. (2001). Evaluación de la calidad de las historias clínicas. Papeles Médicos, 10(1):32-40

Rocano,E. (2008) Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de emergencia de un hospital general. Rev Soc Peru Med Interna 21(5):51-5

Riondet, Beatriz (2007). Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica medica de Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martin de La Plata. (Tesis para optar el Titulo de Maestría en Salud Publica). Universidad Nacional de la Plata . Buenos Aires, Argentina.

Stetson,P., Balau, S.,Wren,J.,Segler, A. (2012) Assesing electronic note quality using PDQI-9 Applied clinical informatics. 3: 164-

